

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Jan Trefanec

Informovanost kuřáků o možnostech léčby závislosti na tabáku

Smokers' knowledge about tobacco dependence treatment possibilities

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedl a řádně citoval a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s uložením elektronické verze této bakalářské práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 25.7.2013

Jan Trefanec

.....

TREFANEC, Jan. *Informovanost kuřáků o možnostech léčby závislosti na tabáku. [Smokers' knowledge about tobacco dependence treatment possibilities].* Praha, 2013. 60 s., 2 příl.. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval doc. MUDr. Evě Králíkové, CSc. za vedení mé bakalářské práce.

Dále bych poděkoval přátelům MUDr. Tomášovi Boráňovi a Mgr. Vlastimilovi Mrákavovi za praktické rady. V neposlední řadě děkuji i rodině a blízkému okolí za jejich vstřícnost a pomoc.

Abstrakt

Východisko: Většina kuřáků by ráda své závislosti zbavila, nemají však dostatečné znalosti o možnostech léčby. Podle výzkumu z roku 2011 je v České republice 29,1% kuřáků a necelých 60% z nich uvažuje o tom, že by někdy v budoucnu přestalo kouřit.

Cíl: zmapovat informovanost kuřáků o možnostech léčby závislosti na tabáku.

Metodika: Teoretická část této práce je zaměřena na historii užívání tabáku, na diagnostiku závislosti, nejčastější zdravotní důsledky kouření a možnosti léčby závislosti na tabáku.

Pro získávání informací o informovanosti kuřáků (N=100) o možnostech léčby bylo využito kvantitativního výzkumu formou anonymního polostrukturovaného rozhovoru s 9 otázkami s možností jedné či více odpovědí. Rozhovor byl určen pouze pro kuřáky. Nejednalo se o reprezentativní vzorek.

Výsledky: Pouze malá část kuřáků (8%) by při odvykání vyhledala odbornou pomoc. Informovanost o centrech pro závislé na tabáku byla nízká (25%). Kuřáci mají informace o možné farmakologické léčbě (27%), nejčastěji uváděli náhradní terapii nikotinem (73%). Největším zdrojem jejich informací o možnostech léčby byla televize (68%), lékař či farmaceut minimálně (8%, respektive 4%).

Diskuse: Do budoucna by bylo vhodné toto šetření rozšířit a zjistit např., proč je nízká informovanost o centrech pro závislé na tabáku či proč kuřáci nevyhledávají odbornou pomoc.

Závěr: Práce zmapovala informovanost kuřáků o možnostech léčby, která je minimální a měla by se zvýšit.

Klíčová slova

Kouření, závislost na tabáku, léčba, informovanost

Absract

Background: Most smokers would like to get rid of their addiction, but have not sufficient knowledge about treatment options. According to research in 2011 in the Czech Republic, there are 29.1% of smokers and about than 60% of them considered quitting smoking.

Objective: To investigate awareness of teatment options of tobacco dependence.

Methods: The theoretical part of this work focuses on the history of tobacco use, depending on the diagnosis, the most common health consequences of smoking and tobacco dependence treatment options.

To obtain information about the awareness of smokers (N = 100) of treatment options have been used quantitative research in the form of anonymous semi-structured interview with 9 questions with one or more answers. The interview was intended only for smokers. It was not a representative sample.

Results: Only a small proportion of smokers (8%) would seek professional helpwith smoking cessation. Awareness of the Centers for Toabcco-Dependent was low (25%). Smokers have information about a possible pharmacological treatment (27%) most frequently reported nicotine replacement therapy (73%). The greatest source of information about treatment options was television (68%), doctor or pharmacist at least (8% 4% respectively).

Discussion: In the future it would be appropriate to extend this investigation and find out as to why the low awareness of the centers dependent on tobacco or why smokers do not seek professional help.

Conclusions: The study mapped the awareness of smoking on treatment options, which is the minimum and should be increased.

Keywords

Smoking, tobacco addiction, treatment, awareness

OBSAH

I. Úvod	9
II. Teoretická část	10
1. Závislost na tabáku	10
1.1. Modely závislosti	10
1.2. Návykové nemoci	10
1.3. Diagnostika	11
2. Charakteristika návykové látky	13
2.1. Nikotin	13
2.2. Historie užívání tabáku	14
2.3. Prevalence užívání tabáku v České republice v roce 2011	17
2.4. ESPAD, výsledky prevalence v České republice 2011	18
3. Nemoci způsobené užíváním tabáku	19
3.1. Bronchogenní karcinom	19
3.2. Chronická obstrukční plicní onemocnění	19
3.3. Kardiovaskulární onemocnění	20
3.4. Jiná onemocnění	20
3.5. Pasivní kouření	21
4. Léčba závislosti na tabáku	22
4.1. Psychobehaviorální intervence	22
4.2. Farmakologická léčba	22
4.2.1. Vareniclin	23
4.2.2. Náhradní terapie nikotinem	23
4.2.3. Bupropion	24
4.3. Alternativní metody	25
4.4. Léčba v centrech pro závislé na tabáku	25
4.5. Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře	26
III. Praktická část	28
5. Zaměření výzkumu a použité metody	28
5.1. Cíl výzkumu	28
5.2. Formulace hypotéz	28
5.3. Metody získávání dat	28
5.4. Výběr vzorku	29

5.5. Způsob hodnocení získaných dat	29
6. Grafické zpracování odpovědí	30
7. Diskuse a závěr	52
8. Použitá literatura	55
9. Přílohy	58
Příloha 1 – seznam grafů	58
Příloha 2 – seznam zkratek	60

I. Úvod

Podle výzkumné zprávy o vývoji kuřáctví z roku 2011 je v České republice 29,1% kuřáků. Porovnání prevalence kouření v České republice v jednotlivých letech ukazuje, že v období 1997 až 2011 nedochází k výraznějším změnám. V posledních letech se podíl kuřáků pohybuje mezi 28 – 32%. Dále se ukázalo, že 41,2% neuvažuje s kouřením přestat. Zbýlých necelých 60% uvažuje o tom, že by někdy v budoucnu přestalo.

Pokud tedy necelých 60 % uvažuje o tom, že by s kouřením přestalo, tak se naskytuje otázka, jaké informace mají kuřáci o možnostech odvykání. Tato práce si tedy klade za cíl zmapovat informovanost kuřáků o možnosti léčby závislosti.

V teoretické části jsou probrány modely závislosti a samotná charakteristika návykové látky. Jako psychoaktivní se označuje látka, která ovlivňuje jakkoliv psychickou činnost. Závislost ale může mít i projevy fyzické. Běžně se pak hovoří o závislosti fyzické a psychické. Při fyzické závislosti se při vysazení, nebo snížení dávky, dostaví nepříjemné tělesné příznaky. Psychická závislost vyvolává touhu znovu si navodit příjemný stav (Raboch, Pavlovský and Janotová 2006).

Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí má závislost na tabáku své zařazení pod kódy diagnóz F17.0 – F17.9. Je známo, že kouření se podílí na vzniku mnoha zdravotních komplikací. Nejčastěji kouření postihuje dýchací a kardiovaskulární systém. V neposlední řadě se do popředí zájmů dostává i pasivní kouření (Králíková 2013; Králíková & Kozák 1997; WHO/ÚZIS ČR).

V odborné literatuře najdeme stovky publikací o léčbě závislosti na tabáku. Nejčastějším důvodem k rozhodnutí přestat kouřit je důvod zdravotní, sociální nebo finanční (Králíková & Kozák 1997).

Tato práce se snaží v teoretické části přinést aktuální informace o možnostech léčby závislosti na tabáku.

Nedílnou součástí této práce je i samotné šetření mezi kuřáky. Šetření se zúčastnilo 100 kuřáků. Výsledky šetření jsou prezentovány v závěru této práce.

II. Teoretická část

1 Závislost na tabáku

1.1 Modely závislosti

Závislost – teorie závislosti mají v procesu diagnostikování a léčby rozhodující úlohu. Jednotlivé modely jinak pohlíží na uživatele, na příčinu a léčbu. Rozeznáváme model morální, psychologický, sociokulturní a medicínský a bio-psycho-sociální (Miller 2011).

Medicínský model dominoval v oblasti závislostí dlouhá desetiletí. V tomto modelu je drogová závislost chápána jako nemoc. Nemoc se zde pokládá za chronickou, obtížně léčitelnou, recidivující. Tomuto modelu odpovídaly i léčebné metody, jako izolace, detoxifikace aj. V současné době je medicínský model částečně překryt modelem bio-psycho-sociálním. V tomto modelu se model medicínský rozšiřuje o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů. Léčení závislostí zahrnuje všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Tedy vedle detoxifikace a farmakologie využívá psychosociální terapie. Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po 2. světové válce a již několik desetiletí je nejvíce používaným modelem (Kalina 2003).

1.2 Návykové nemoci

Mezi návykové nemoci jsou zahrnovány poruchy vyvolané zdraví škodlivými návyky. Jedná se zejména o poruchy způsobené alkoholem, jinou návykovou látkou a patologickým hráčstvím. Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN10) jde o duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek, zařazeno pod kódy F10-F19 (Popov 2012).

Jako psychoaktivní se označuje látka, která ovlivňuje jakkoliv psychickou činnost. Závislost ale může mít i projevy fyzické. Běžně se pak hovoří o závislosti fyzické a psychické. Při fyzické závislosti se při vysazení, nebo snížení dávky, dostaví nepříjemné tělesné příznaky. Psychická závislost vyvolává touhu znovu si navodit příjemný stav (Raboch et al. 2006).

1.3 Diagnostika

V praxi se pro diagnostiku jednotlivých poruch využívá stavů (symptomů) vznikajících po užití psychoaktivní látky. Může se jednat o tyto stavy: akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotická porucha s pozdním nástupem. V klasifikaci MKN 10 tomu odpovídají podkódy .0 až .7. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku mají svůj kód F17.x, kde za x dosazujeme výše zmíněné podkódy jednotlivých stavů (Popov 2012; WHO/ÚZIS ČR)

Při užívání tabáku (nikotinu) se objevují první čtyři výše zmíněné stavy. Akutní intoxikace (F1x.0) je stav přechodný, vznikající po užití psychoaktivní látky. Škodlivé užívání (F1x.1) je výsledkem dlouhodobého zneužívání návykové látky vedoucí k somatickým či duševním komplikacím. Syndrom závislosti (F1x.2) se vyznačuje tím, že během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit užívat látku (craving)
- b) potíže při kontrole užívání látky
- c) tělesný odvykací stav
- d) zvyšující se tolerance
- e) postupné zanedbávání či opuštění jiných potěšení, zálib nebo zájmů
- f) pokračování v užívání látky i přes jasny důkaz škodlivých následků

Odvykací stav (F1x.3) je charakterizován přítomností různě závažných komplikací po odnětí psychoaktivní látky nebo po prudkém snížení pravidelné dávky. Odvykací stav s deliriem, psychickou poruchou, amnestický syndrom, reziduální stav a psychická porucha s pozdním začátkem zde nebude více rozebíráno (Popov 2012; Kalina 2003).

Akutní intoxikace nikotinem vyvolá nauzeu, zvracení, pocení, tachykardii, gastrointestinální obtíže. Může docházet k poruchám spánku. Objevuje se labilní nálada, pocity derealizace a neschopnost koncentrace. Škodlivé užívání tabáku přináší především somatické komplikace, které budou podrobněji popsány v jedné z následujících kapitol. Syndrom závislosti na nikotinu se vyvíjí velmi rychle, jeho vznik je výrazně ovlivněn prostředím. Často se vyskytuje se závislostí na jinou látku (alkohol, kanabinoidy). Kouření může způsobit snížení účinnosti řady léků, což může

vést k jejich nadužívání a vzniku nové závislosti. Odvykací stav je doprovázen silnou touhou po kouření, úzkostí, nesoustředěností, bolestmi hlavy, zažívacími obtížemi či poruchou spánku. Odvykací stav nepředstavuje vážné zdravotní riziko, ovšem může trvat řadu týdnů (Raboch et al. 2006; Popov 2013).

2 Charakteristika návykové látky

2.1 Nikotin

Poškození organismu kouřením je způsobeno látkami obsaženými v tabáku a produkty vznikajícími při jeho spalování. Nejznámější složkou tabáku je nikotin. Tabák se kouří ve formě cigaret, dýmky, doutníku nebo vodní dýmky. Existuje i šňupací tabák. Novinkou na trhu jsou elektronické cigarety. Tabák ke kouření je uměle upravován a doplňován o aditiva. Absorpce nikotinu je závislá na pH, pro vstřebání je nutné mírně alkalické prostředí. Kouř z dýmek je alkalický, vstřebává se již ve sliznici úst, kouř cigaretový je kyselý, alkalizuje se až v plicích (Králíková et al. 2013).

Tabákových kouř je složen z cca 4–5 tis. látek, z těchto látek je několik karcinogenů, např. benzo-a-pyren, diethylnitrosamin, vinylchlorid aj. Kouř dále obsahuje mutageny, alergeny, jiné toxické látky a oxid uhelnatý (Bečková & Višňovský 1999).

Nikotin řadíme mezi alkaloidy obsažené v tabáku. Skládá se z pyridinového a pyrrolidinového cyklu. Je obsažen ve všech částech rostliny. Při kouření se uvolňuje do kouře a tím pak do organismu. Samotné hoření obsah nikotinu v kouři snižuje (Bečková & Višňovský 1999; Vacík et al. 1999).

Bez problémů se vstřebává v plicích a z povrchu kůže. Poločas rozpadu v arteriální krvi je cca 40 min. Jedná se o účinné cholinomimetikum, stimulující sympatické a parasympatické gangliové buňky a buňky neuromuskulární ploténky kosterního svalu. Dále stimuluje dřeň nadledvin (Králíková et al. 2013).

Nikotinové receptory jsou umístěny na plazmatických membránách. Primárním důsledkem aktivace těchto receptorů je depolarizace neuronu a nervosvalové ploténky. Nikotin se v určitém množství stává toxickou látkou, letální dávka pro člověka je 50–100 mg. Intoxikace se proto může projevit třesem v končetinách (Králíková et al. 2013; Horák et al. 2004).

Nikotin je hodnocen jako látka s velmi vysokým rizikem vzniku fyzické závislosti. Vyplavuje dopamin. Při opakované expozici se svalové receptory stanou na přísun nikotinu méně citlivé. Třes rukou může vymizet, tělo je schopné nikotin rychleji rozkládat než je tomu u začínajících kuřáků. Mozkové receptory se od svalových liší,

jsou poněkud citlivější. Postupně se dostavují abstinenční příznaky z nedostatku nikotinu a vytváří se tolerance (Králíková et al. 2013; Horák et al. 2004).

V první fázi působí nikotin stimulačně, vyvolá stav bdělosti, snížení dráždivosti a agresivity, snížení úzkosti. Pak přechází do fáze mírného útlumu, po nasycení receptorů. Mezi další účinky patří zvýšená aktivita trávicího traktu, zvýšení produkce slin, vzestup produkce trávicích šťáv a zvýšení aktivity hladké svaloviny (ta je obsažena prakticky v celém trávicím traktu). Dále zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce, vzácně může způsobit srdeční arytmiie. Stahuje cévy, zvyšuje obsah mastných kyselin v krvi, inhibuje syntézu estrogenu. Stoupá produkce potu a může vyvolat stažení zornic, při dlouhodobějším užívání dochází k posílení syntézy endorfinů (Horák et al. 2004; Králíková et al. 2013; Vokurka 2011).

2.2 Historie užívání tabáku

Lidé kouřili odjakživa a zřejmě se budou tomuto potěšení oddávat nadále. Každá vyspělá i primitivní společnost v historii něco kouřila, ať už jako lék, jako součást určitého rituálu nebo kultury (Pradáčová 2005; Gilman & Xun 2006).

Dalo by se říci, že historie užívání tabákových výrobků nemá zas tak dlouhou historii. Opak je ovšem pravdou. Začátek nehledejme až v roce 1492, kdy dva členové Kolumbovy posádky, jakožto snad první Evropané, okusili kouření sušených listů. Ony sušené listy pocházely z rostliny *Nicotiana tabacum*. Její výskyt se však odhaduje už do období cca 6000 let př. n. l. Postupně lidé začínají užívat listy tabáku ke kouření a žvýkání. Prvními uživateli byli pravděpodobně příslušníci mayské civilizace, která existovala ve Střední Americe. Jejich zvyk se postupně rozšířil do celé Střední a větší části Jižní a Severní Ameriky. Přestože tabák je možno žvýkat, pít jako čaj, nebo ve formě prášku šňupat, či používat ke klystýru, bylo právě spalování listů nejvhodnější k získání požadovaného kouře. Kouř se stal součástí kněžských rituálů, a to jak k léčení, tak i k vyhánění zlých duchů (Gilman & Xun 2006).

Do Evropy byla tato rostlina přivezena roku 1492. V Evropě se řezaný tabák velmi rozšířil v 16. století. Zpočátku se tabákem zabývali botanici a lékaři se ho snažili využívat k léčebným účelům. Kouření se začalo stávat společenským rituálem, často

v nelibost panovníků. Zprvu bylo kouření výsadou bohatých. V některých zemích bylo kouření zakázáno a kouřící byli přísně trestáni. V 17. stol. je produkce tabáku v Evropě již dobře etablovaná. V té samé době se tabák dostává do Číny a Japonska. V Číně se kouření stalo nedílnou součástí již existující čajové kultury (Gilman & Xun 2006; Szasz 1997).

V 18. stol. se v Evropě tabák stává spotřebním zbožím. Císař Josef II. zavedl státní tabákový monopol, který se přidružil ke stávajícímu monopolu solnímu. Dalo by se říci, že kouření už není módou, stává se normou. Koncem 19. stol se do popředí dostává tovární výroba cigaret. Byla otevřena první továrna na cigarety. Stalo se tak v Anglii ve městě Walworth (Gilman & Xun 2006; Szasz 1997).

Závislost na tabáku byla vytvářena průmyslem a jinak tomu není ani dnes. Na konci 19. stol se kouření stalo výnosným obchodem. V propagaci kouření se poprvé objevuje i cílená reklama. Výroba každým dnem trhala rekordy, stroje dokázaly vyrobít za den i 120 000 cigaret. Síla moderní reklamy vycházela z psychologických a sociálních teorií. Reklama se stala snem a životem kultury. Reklamy nebyly ušetřeny ani ženy a děti, i když kouřící žena v té době byla spojena s promiskuitou. Když cigareta začala nahrazovat doutníky, začaly kouřit ženy všech společenských vrstev. V britském lékařském časopise Lancet vyšly první články upozorňující na škodlivý vliv kouření na lidské zdraví. Přestože na konci 19. století bylo už poměrně jasné, že kouření způsobuje nejružnější buněčné změny, stále se nejvíce bojovalo s morálním úpadkem (Gilman & Xun 2006).

Začátkem 20. stol. se mění i přístup v vnímání kouřící ženy. Mění se hlavně nástupem 1. světové války, a to se všeobecnou diskuzí o zavedení volebního práva. V první světové válce dostávají vojáci pravidelné přiděly cigaret. Kouření se stalo mezi vojáky v zákopech obrovsky populární. Po druhé světové válce se začaly zkoumat škodlivé účinky kouření na lidské zdraví (Gilman & Xun 2006).

Někdy v té době začala i kampaň veřejného zdravotnictví proti kouření. Byla podobná těm, se kterými na počátku 20. století přišla hnutí proti nejružnějším drogám. Tehdy už byly v Americe i Evropě zavedeny tvrdé protidrogové zákony. Už v roce 1921 je ve 14 státech USA zakázáno kouření, v dalších státech se připravovalo přijetí řady protikuřáckých zákonů. V některých případech jsou mladé ženy vyloučeny z vysokoškolského studia (Szasz 1997).

V padesátých letech začíná přibývat úmrtí na nádory plic u mužů. Postupně se v USA zavádí povinné varování na krabičkách cigaret. V 1963 činí obrat v tabáku v USA 5,3 miliardy dolarů, z toho 3,3 jsou ve formě spotřební daně. Objevují se hlasy, že největším investorem tabákového průmyslu je sám stát. Neprodejná nadprodukce tabáku míří za hranice. Ministerstvo platí filmovým studiím 106 000 dolarů aby do cestopisných filmů byly zařazeny scény na stimulaci prodeje tabáku. Další dotace přes 200 tis. dolarů je vyčleněna na reklamu v Japonsku a Rakousku. Obrat kolem 8 miliard dolarů dosahuje v roce 1968 – Američané v tomto roce vykouřili 544 miliard cigaret. V té době je už v Británii zakázána televizní reklama na tabák. Začátkem 70. let světová produkce tabáku dosahuje 4,6 milionu tun, v popředí s USA, SSSR a Čínou. OSN hlásá, že navzdory varování o důsledcích na zdraví ve světě stoupá spotřeba cigaret tempem 70 miliard kusů ročně. Tabák představuje čtvrtinu řeckého a pětinu tureckého exportu. Je navržen zákaz prodeje cukrovinek v podobě cigaret. Meziroční spotřeba kuřáka mezi léty 69 a 70 stoupá cca o čtvrtinu. Rapidně stoupá i spotřeba cigaret v Rusku. v roce 1971 londýnské noviny vytisknou přehled vztahu kouření k ekonomice v jednotlivých státech. Např. ve Španělsku a v Itálii je tabák státním monopolem. Pokud jde o televizní reklamu, USA ji dle britského vzoru v tomto roce zakazují. Poslední byla natočena na značku Virginia Slims. V roce 1975 Jerome H. Jaffe požaduje zavedení termínu “nutkavý kuřácký syndrom” pro kuřáky cigaret. V 1980 Japonsko souhlasí s poskytnutím koncesí americkému tabákovému průmyslu. V dalších letech následuje mnoho dalších zákonů omezujících kouření, např. všechny aerolinky musejí povinně zavést nekuřácká oddělení. V 90. letech jde zákaz dále, kouření je zakázáno v autobusech na mezinárodních linkách, v letadlech při letech kratších než 6 hodin (Szasz 1997).

Dnes se v zemích s nízkými a středními příjmy se spotřeba cigaret zvyšuje. Obchod s různými druhy zboží, včetně cigaret se zliberalizoval. Prevalence kouření u chudších lidí s nižším vzděláním je po celém světě větší (Jha & Chalopka 2004).

Dle Jha & Chalopka (2004) ve většině případů se kuřákem stávají mladiství, začínají kouřit před 25. rokem života. Kritickým obdobím pro začátky kouření je věk 14 až 15 let.

Po celém světě kouří zhruba 1,1 miliardy lidí. Přepokládá se, že toto číslo bude nadále stoupat, i když v zemích s vysokými příjmy má kuřáctví v celku trend klesající (Jha & Chalopka 2004).

Na celém světě nyní umírají vinou tabáku už 4 miliony, lidí ročně. V České republice umírá ročně kolem 100 tisíc osob, z toho pětina v důsledku nemoci způsobené kouřením, a to hlavně na nemoci kardiovaskulárního systému, na nádorová onemocnění plic a močového měchýře a v neposlední řadě na chronická plicní onemocnění jako je např. chronická obstrukční plicní nemoc (Králíková & Kozák 2004).

2.3 Prevalence užívání tabáku v České republice v roce 2011

Podle výzkumu z roku 2011 lze v populaci ČR ve věku 15 až 64 let 24,2 % občanů označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době nejméně 1 cigaretu denně. Dalších 4,9 % tvoří nepravidelní (příležitostní) kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29,1 % občanů České republiky ve věku 15 až 64 let v roce 2011 kouřilo a lze je označit jako kuřáky. Mezi bývalé kuřáky, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, avšak v současné době již nekouří, se zařadilo 10,1 % dotázaných. Za nekuřáky se označuje 59,7 % dotázaných.

V posledních letech se podíl kuřáků (včetně příležitostných) pohybuje v populaci 15–64 let v rozmezí 28–32 % a nebyl zatím zaznamenán ani trend, že by se více kuřáků než v minulých letech pokoušelo svého návyku zbavit. Z hlediska pohlaví se prevalence kouření u mužů pohybuje v posledních letech v populaci 18–64 let v rozmezí okolo 30 %, u žen okolo 20 %. Kritickým obdobím pro začátky kouření je věk 14–15 let. Výsledky posledních let však naznačují posun počátků kouření do mladšího věku (13–14 let). Z hlediska analýzy vývoje lze konstatovat, že se podíl těch kuřáků, kteří vůbec neuvažují o tom, že by přestali kouřit, snížil na 41,2 %. Z hlediska používání elektronické cigarety největší část (83,2 %) občanů uvedla, že nikdy elektronickou cigaretu nezkusila, dalších 6,8 % o ní nikdy neslyšelo a neví, co to je. Jen 10,0 % populace ČR elektronickou cigaretu použilo, z nich největší část (8,5 %) to zkusila jednou. Pravidelné používání elektronické cigarety se v České republice téměř nevyskytuje.

2.4 ESPAD, výsledky prevalence v České republice 2011

Podobné výsledky prevalence denního kouření v České republice udává i Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Prevalence byla nejnižší při prvním šetření v roce 1995 (22,6 %). Další studie v roce 1999 udává 30,3 %. Od tohoto roku je patrný mírný pokles na hodnoty 27 % v roce 2003 a na 25,3 % v roce 2007. Prozatím poslední výzkum se uskutečnil v roce 2011, kdy denní kouření uvedlo 25,7 % dotázaných. Mimo jiné zpráva z výzkumu v roce 2011 udává, že si alespoň jednou v životě zapálilo 75 % šestnáctiletých a dále, že v roce 2007 uváděly denní kouření více dívky, v roce 2011 byli častějšími denními kuřáky chlapci. V případě silných kuřáků došlo k nárůstu u chlapců, zatímco u dívek došlo ve stejném období k poklesu.

3 Nemoci způsobené užíváním tabáku

Ve vyspělých zemích poskytly dlouhodobé studie doklady o tom, že kouření zabíjí. U kuřáka je pravděpodobnost úmrtí na rakovinu plic dvacetkrát vyšší než u nekuřáka. Pokud jde o cévní onemocnění, je tento poměr tři ku jedné. Kouření je také hlavní příčinou chronické bronchitidy a rozedmy plic. Dále se pojí i s rakovinou jiných orgánů (Jha & Chalopka 2004).

3.1 Bronchogenní karcinom

Bronchogenní karcinom je v naší populaci nejčastějším zhoubným novotvarem. Postižení jsou častěji muži. Etiologie je neznámá, jsou však známy rizikové faktory, kam patří kouření cigaret, ať už pasivně, či aktivně. Jsou známy i ochranné faktory, např. bioflavonoidy, vitamin C, aj. Z hlediska morfologie jde o malobuněčné, nemalobuněčné a smíšené formy. Malobuněčné formy jsou zhoubnější, často metastázuující, příznivě reagující na chemoterapeutika. Obecně mají ovšem horší prognózu. V klinickém obraze se objevuje kašel, někdy s příměsí krve. Dále bolest na hrudi, dušnost, hubnutí či chrapot. Léčba se odvíjí od stadia nemoci. Využívá se radikální operace, ozařování. V pozdních stádiích se přistupuje k chemoterapii (Mačák & Mačáková 2004; Navrátil 2008).

3.2 Chronická obstrukční plicní onemocnění

Chronická bronchitida je definována jako nejméně tři měsíce trvající produktivní kašel v posledních dvou letech. Onemocnění bývá spojeno se vznikem plicní obstrukce, což vede k hypoxemii, následně k vazokonstrikci v plicním řečišti, konče plicní hypertenzí. V etiologii je nejvýznamnější faktorem kouření. Emfyzém znamená ireverzibilní dilataci dýchacích cest. Následkem je vznik vzduchem vyplněných dutin. Emfyzém vede k destrukci alveolární stěny spolu s destrukcí kapilárního řečiště. Povrch pro výměnu plynů je tedy menší. Dochází k dušnosti, cyanóze a respirační acidóze (Bártová 2004; Kantorek 2001; Navrátil 2008).

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) zahrnuje chronickou bronchitidu s obstrukcí a emfyzémem. Společně brání výdechu. V klinickém obraze jsou patrné narůstající dechové obtíže. Dušnost je provázena kašlem, později se objevuje hmotnostní úbytek. Lékaři CHOPN dělí do 4 stadií (0–III). Nejdůležitější vyšetřovací metodou je spirometrie. U CHOPN jsou základními opatřeními druhotné prevence přestat kouřit, změnit pracovní prostředí a včas zahájit léčbu. V terapii se využívají mukolytika, expektorancia, bronchodilatancia. Dále oxygenoterapie, rehabilitace a chirurgická intervence (Bártová 2004; Kantorek 2001; Navrátil 2008).

3.3 Kardiovaskulární onemocnění

Ischemická choroba srdeční je onemocněním zužující koronární tepny, což zhoršuje metabolické požadavky myokardu, klinicky charakterizováno bolestí na hrudi (anginou pectoris), akutní koronární insuficiencí a infarktem myokardu. Do rizikových faktorů patří mimo jiné kouření. Preventivně se doporučuje snížení rizikových faktorů (Navrátil 2008).

Infarkt myokardu vzniká, pokud část svalů přestala být z nějakého důvodu zásobena krví. Změny na svalových vláknech se vyvíjejí postupně během několika desítek minut. V této době jsou změny reverzibilní. Histologicky změny odpovídají koagulační nekróze. Rozsah poškození závisí na místě uzávěru koronární tepny, na délce a rozsahu ischemie. V příznacích dominuje prudká, skličující bolest za hrudní kostí, často se přidávají i jiné obtíže, jako je slabost, úzkost či zvracení. Nemocný je v průběhu ohrožen různými komplikacemi. Prognóza je různá, asi 25 % pacientů umírá. Z přežívajících 10 až 20 % nemá komplikace, u zbytku se ovšem komplikace vyskytují (Mačák & Mačáková 2004; Navrátil 2008).

3.4 Jiná onemocnění

Kouření se v etiopatogenezi objevuje i u onemocnění jícnu a žaludku, jde hlavně o nádory jícnu, peptický vřed žaludku, gastritidu.

V této kapitole na závěr nesmíme zapomenout na karcinomy močového měchýře a vliv na mužský reprodukční systém. Karcinomy měchýře se v posledních desetiletích

vyskytují téměř tak často jako bronchogenní karcinomy. Muži jsou postiženi častěji a u kuřáků riziko je 2–4krát vyšší. Toxické účinky kouření na mužskou plodnost zahrnují změny spermiogramu (Mačák & Mačáková 2004, Langrová 2004).

3.5 Pasivní kouření

Riziko zdravotního poškození není omezeno pouze na kuřáky, ale i na ty, co jsou nedobrovolně nuceni inhalovat tabákový kouř, na pasivní kuřáky. Vdechovaný kouř pochází nejen z doutnajícího tabákového výrobku, ale i z výdechu kouřícího kuřáka. Za pasivní kouření se považuje i expozice plodu účinkům kouření při těhotenství (Langrová 2004).

4 Léčba závislosti na tabáku

Jak uvádí Popov (2012), léčba odvykacího stavu a závislosti na nikotinu probíhá ambulantně a je kombinací behaviorální psychoterapie a substituční léčby.

V poslední době jsou na trhu preparáty snižující craving.

Předpokladem úspěšné léčby je samotné rozhodnutí s kouřením přestat. Pokud k tomuto rozhodnutí kuřák ještě nedošel, je vhodné ho motivovat. V praxi by měl každý zdravotník dle časových možností věnovat kuřákovi krátkou intervenci.

V odborné literatuře najdeme mnoho publikací o samotné léčbě. V praxi se nejvíce používá třetí verze amerického panelu (Králíková et al. 2013).

Hlavní doporučení dle amerického panelu říká, že závislost na tabáku je chronické, relabující onemocnění. Je důležité identifikovat a léčit užívání tabáku. Léčba by měla být dostupná všem. Do praxe by se měla zavést alespoň krátká intervence. Jiné druhy intervencí a poradenství jsou také účinné. K dispozici je i účinná farmakoterapie, která ovšem sama o sobě není tak účinná, jako když se vhodně spojí s nějakým druhem intervence. Zdravotní systémy by měly tuto léčbu hradit (Fiore et al. 2008).

4.1 Psychobehaviorální intervence

Psychobehaviorální intervence je zaměřena na pomoc kuřákovi s plánem odvykání. Dále se v ní doporučí užívání léků. Pomůže klientovi najít nekuřácká řešení pro situace a činnosti, které jsou nebezpečné pro relaps. Do intervence se zařazují nekuřácká řešení, poskytnutí základní informací o léčbě a úspěšnosti léčby a určitá sociální podpora. Klient by měl ve zdravotníkovi vidět zájem o jeho problém (Králíková et al. 2013).

4.2 Farmakologická léčba

Při farmakologické léčbě jsou léky první linie vareniklin, náhradní terapie nikotinem (NTN) a bupropion. Jak už bylo výše zmíněno, nejvíce jsou tyto léky účinné při spojení s intervencí (Králíková et al. 2013).

4.2.1 Vareniclin

Vareniklin je lék určený přímo k léčbě závislosti na tabáku, je to lék neobsahující nikotin. Zařazován je do skupiny léčiv zvané jako přímá parasymptomimetika. Vyznačuje se vysokou afinitou alfa-4/beta-2 nikotinového receptoru, kde působí jako parciální antagonist. Tento účinek je dostatečný pro úlevu od symptomů z nedostatku nikotinu, zároveň nedovolí navázání nikotinu na tyto receptory, a tím snižuje příjemné pocity spojené s kouřením (Slíva & Votava 2010).

Jak uvádí Souhrn údajů o přípravku Champix (Champix – EPAR), lék se užívá tak, že si pacienti sami stanoví cílové datum, ke kterému chtějí přestat kouřit. Přípravek Champix obvykle začnou užívat jeden až dva týdny před tímto datem. Pacientům, kteří si nechtějí nebo nemohou stanovit cílové datum v časovém horizontu jednoho až dvou týdnů, může být nejprve nabídnuta léčba, přičemž cílové datum, ke kterému chtějí přestat kouřit, si mohou stanovit později. Léčba přípravkem Champix trvá obvykle 12 týdnů. V prvním týdnu užívá pacient po dobu tří dní jednu 0,5mg tabletu jednou denně a po dobu zbývajících čtyř dní jednu 0,5mg tabletu dvakrát denně. Po zbývajících 11 týdnů léčby pacient užívá jednu 1mg tabletu dvakrát denně. V případě pacientů, kteří po 12 týdnech léčby úspěšně přestali kouřit, mohou lékaři rozhodnout o prodloužení léčby o dalších 12 týdnů. Ve studiích byl přípravek Champix u pacientů při odvykání kouření účinnější než bupropion nebo placebo.

Nejčastějším nežádoucím účinkem je lehká nauzea. Té by mělo zabránit užívání startovacího balení. Lék se doporučuje užívat nikoliv nalačno a řádné zapít.

Vareniklin nemá lékové interakce. Kontraindikací je pouze selhávání ledvin. Je to lék vázaný v ČR na lékařský předpis. Mimo použití u odvykání kuřáků se vareniklin užívá i u přetrvávající závislosti na náhradní nikotinové terapii (Králíková et al. 2013).

4.2.2 Náhradní terapie nikotinem

Náhradní terapie nikotinem (NTN) se užívá již od osmdesátých let 20. století jako lék závislosti na tabáku. Na trhu je v několika formách (žvýkačky, inhalátor, pastilky a náplast). Využívá se jako substituční léčba. Nikotin se do organismu vstřebává po různě dlouhou dobu, dle formy užití. Z náplastí se vstřebává kontinuálně, z ostatních forem krátkodoběji a rychleji. Je vhodná kombinace náplastí s orálními formami užívání (Králíková et al. 2013).

U žvýkaček je nutné dodržet způsob aplikace, tzn. nežvýkat jako klasickou žvýkačku, pouze občas skousnout mezi zuby, odložit ji pod jazyk nebo za tvář. Obvykle se tento postup opakuje cca půl hodiny. Příliš rychlé žvýkání se nedoporučuje z důvodu možnosti podráždění žaludku. Obvykle se ze žvýkačky vstřebá necelá polovina dávky nikotinu udávané na obalu. Důležitou součástí je, aby se při aplikaci žvýkačky nejedlo a nepilo. Nikotin pro vstřebávání potřebuje zásadité prostředí, což by jídlo a pití narušilo (Králíková et al. 2013).

Inhalátor v sobě obsahu váleček napuštěný nikotinem. V průběhu užití se tento váleček perforuje a dochází k uvolňování nikotinu. Nikotin se po potažení vstřebává především sliznicí orofaryngu. Nutné je pamatovat na vyprchávání nikotinu, po půl hodině se z inhalátoru již žádný nikotin neuvolňuje. Obvykle se stihne vstřebat méně jak polovina dávky uváděné na obalu. I zde platí, že při aplikaci se nedoporučuje jíst a pít (Králíková et al. 2013).

Pastilky se nechávají volně rozpouštět v ústech. Dávku je nutné volit podle velikosti závislosti. Doporučuje se obvykle užívat po 2–4 hodinách, nejméně 6 pastilek denně po dobu 6 týdnů, kdy se může dávkování snížit. I zde platí důsledně dodržování zákazu jídla a pití při samotné aplikaci (Králíková et al. 2013).

Posledním formou užívání NTN je náplast. Výhodou u této formy je kontinuální vstřebávání. Mírnou nevýhodou je pomalý nástup účinku. Lepí se po probuzení na místa se slabší vrstvou pokožky. Doporučuje se užívat nejméně 8–12 týdnů. Místa aplikace by se měla měnit, hlavně z možného podráždění. Při užívání celodenních náplastí se může dostavit nespavost, kdy se pak doporučuje náplast před spaním sundat (Králíková et al. 2013).

4.2.3 Bupropion

Bupropion je běžně užívané antidepresivum, lék vázaný na předpis. Přesný mechanismus účinku není znám. Je to lék s řadou kontraindikací a nežádoucími účinky. Začíná se užívat 1 až 2 týdny před samotným přestáním kouření (Králíková et al. 2013).

Jak uvádí Králíková (2013) další léky, které by mohly být použity při odvykání kouření, jsou ve stadiích klinických studií a hodnocení. Jde o účinné látky cytisin a dianiklin (parciální agonisti alfa-4/beta-2 acetylcholin-nikotinových receptorů), dále o

vakcíny. Ve světě se ještě užívají léky druhé linie, které se u nás V ČR neužívají při odvykání. Jde o látky, kde léčba závislosti na tabáku není indikací. Jsou jimi klonidin a nortriptylin.

Další doporučení uvádí užívat léky první linie delší dobu, než je obvykle uváděno. Tedy místo 3 měsíců raději půl roku. Kuřákům při odvykání se doporučuje přestat naráz. Pokud to není možné, je vhodné užívání tabáku redukovat, ale ne dlouho. Redukce má smysl v řádu týdnů (Králíková et al. 2013).

4.3 Alternativní metody

Alternativní metody léčby, jak uvádí Králíková (2013), nemají vůbec odborné opodstatnění a věrohodnost s principem metod nejsou prokázány (např. biorezonance). U jiných metod, které mohou být účinné při léčbě jiných nemocí, nejsou k dispozici dostatečně jasné a rozsáhlé studie (např. akupunktura, hypnóza).

4.4 Léčba v centrem pro závislé na tabáku

V ČR v roce 1993 vzniklo občanské sdružení Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (SLZT). Jak vyplývá ze stanov této společnosti, vznikla jako následnická organizace České komise EMASH (European Medical Association Smoking or Health). SLZT sdružuje lékaře a další zdravotníky, kteří se zabývají léčbou závislosti na tabáku. Získává nejnovější informace ze světa, šíří současná doporučení mezi odbornou veřejností, pořádá konference a semináře a snaží se o zvýšení dostupnosti účinné léčby.

Dále k tomu od roku 2005 vznikají při nemocnicích centra pro závislé na tabáku. Nejčastěji jako součást plicních, interních a kardiologických oddělení. Centra se zabývají léčbou závislosti na tabáku. Vstupní intervence zde trvá 30–120 minut. Klient je sledován po dobu roku od poslední cigarety pomocí krátkých kontrolních návštěv (Králíková et al. 2013; Králíková 2006)

4.5 Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře

Praktičtí lékaři a sestry představují početně rozsáhlou komunitu zdravotnických pracovníků první linie, setkávající se při své profesní činnosti s kuřáky prakticky denně. Krom výše uvedené farmakologické léčby by se zde lékař měl zaměřit na psychoterapii. Doporučuje se krátká intervence označovaná 5P (anglicky 5A), která má názorně umožnit v čase 3–5 minut každému lékaři, aby se věnoval pacientovi kuřákovi. Výrazem 5P se míní:

- a) Ptát se (Ask) – lékař se ptá pacienta, zda kouří, s každým kuřákem by se měl bavit alespoň jednou ročně
- b) Poradit (Advise) – každá rada by měla být jasná, důrazná a osobní
- c) Posoudit ochotu přestat (Assess) – lékař se ptá pacienta, zda chce přestat s kouřením, pokud ano, lékař mu poskytne pomoc či doporučí na intenzivní terapii do specializovaných center. Při neochotě s ním lékař při každé další návštěvě pracuje s motivací (viz. níže 5R)
- d) Pomoci (Assist) – lékař pomůže vytvořit plán jak přestat, včetně poradenství, podpory okolí a farmakoterapie
- e) Plánovat kontroly (Arrange follow-up) – lékař naplánuje jednotlivé kontroly, či navrhne intenzivní léčbu ve specializovaných centrech. Velmi efektivní jsou i telefonické kontakty (Čupka 2005).

Pro nemotivované pacienty kuřáky byl vypracován plán posilování motivace k abstinenci, 5 základní principů – z angl. 5R, tím se rozumí:

- a) Důležitost (Relevance) – lékař vyzve pacienta, aby mu řekl, v čem je, nebo může být, nekouření důležité
- b) Rizika (Risks) – lékař vyzve pacienta, aby uvedl možné negativní důsledky kouření
- c) Odměny (Rewards) – lékař se pokusí najít s pacientem možné výhody plynoucí z nekouření
- d) Překážky (Roadblocks) – lékař by se měl ptát na možné překážky a zmínit možné postupy léčby, které tyto překážky mohou překonat

e) Opakování (Repetition) – motivační rozhovor by se měl provádět při každé vhodné příležitosti (Čupka 2005).

Mimo jiné se lékař ve své ordinaci může setkat s recidivami užívání tabáků. Prevence recidiv se může provádět formou krátké intervence nebo intenzivním programem. Prevence recidiv by měla být součástí každé návštěvy u pacientů, kteří nedávno přestali kouřit. V intenzivním programu se nejčastěji řeší problémy s nedostatkem podpory, s nepříjemnými emočními stavy, se silným odvykacím stavem, s přírůstkem hmotnosti či se slábnoucí motivací (Čupka 2005).

Pokud hovoříme o ordinacích praktických lékařů, nemělo by se i zapomínat na ordinace zubních lékařů. I ony jsou spolu s praktiky v první linii. Dostatečná znalost problematiky kouření se může projevit lepší schopností včas diagnostikovat celou řadu abnormalit v dutině ústní, vznikajících ve spojitosti s kouřením. Významná je zde i prevence na ošetřované nekuřáky (Slezák & Ryška 2006).

III. Praktická část

5 Zaměření výzkumu a použité metody

Odpovědi na otázky týkající se informovanosti kuřáků byly získávány pomocí anonymního polostrukturovaného rozhovoru. Zajímal jsem se o věk, o délku kouření, o předchozí pokusy přestat kouřit a o informovanost o způsobech léčby. Šetření probíhalo v červnu roku 2013, a to v plazmaferetickém centru UNICAplasma v Praze. Tato praktická část se věnuje hodnocení tohoto šetření a z něj vzešlých výsledků.

5.1 Cíl výzkumu

Zmapovat informovanost kuřáků o možnostech léčby závislosti na tabáku.

5.2 Formulace hypotéz

- 1) Méně jak 25 % kuřáků (by) vyhledalo nějakou pomoc při odvykání kouření.
- 2) Informace o Centrech pro závislé na tabáku bude mít méně jak 30 % kuřáků.
- 3) Na nějaké léky závislosti na tabáku si vzpomene více jak 50% kuřáků.
- 4) Nejčastěji veškeré informace o kouření a o možnostech léčby budou mít kuřáci z internetu.

5.3 Metody získávání dat

Pro získávání informací o informovanosti kuřáků o možnostech léčby bylo využito kvantitativního výzkumu formou anonymního polostrukturovaného rozhovoru.

Jednotlivé rozhovory byly vedeny s dárci plasmaferetického centra UNICAplasma, se sídlem v Praze v ulici Milady Horákové. Dárci byli předem poučeni o účelu rozhovoru a výzkumu. Dále byli upozorněni na to, že celý výzkum je zcela anonymní a dobrovolný a na nutnost pečlivých a pravdivých odpovědí. Šetření se zaměřilo pouze na kuřáky.

Rozhovor se skládal z 9 otázek. Na některé otázky bylo možné odpovědět jednou odpovědí, u některých mohli kuřáci říci více odpovědí. Veškeré odpovědi byly zaznamenány a jsou podrobně zpracovány v další části této práce. Celkem bylo sebráno 100 rozhovorů.

Rozhovor je zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Informace získané rozhovorem jsou vždy zprostředkované. Cílem poznávacího rozhovoru je získání informací od dotazovaných lidí. U polostrukturovaného rozhovoru je nutná zvýšená aktivita dotazujícího. Ten musí mít kontrolu nad svými otázkami a nad odpověďmi dotazovaného. Odpovědi bývají více méně volné, stylově různé (Ferjenčík 2000).

5.4 Výběr vzorku

Vzorek byl vybírán náhodně, a to v jeden pracovní týden. Dotazování byli dárci až po skončení samotného odběru ve vyšetřovně, kde bylo zaručeno soukromí rozhovoru. Rozhovor byl určen pouze pro kuřáky. Nejednalo se o reprezentativní vzorek celé populace. Jde pouze o náhled kuřáků na možnosti léčby. Rozhovoru se nakonec zúčastnilo 100 kuřáků.

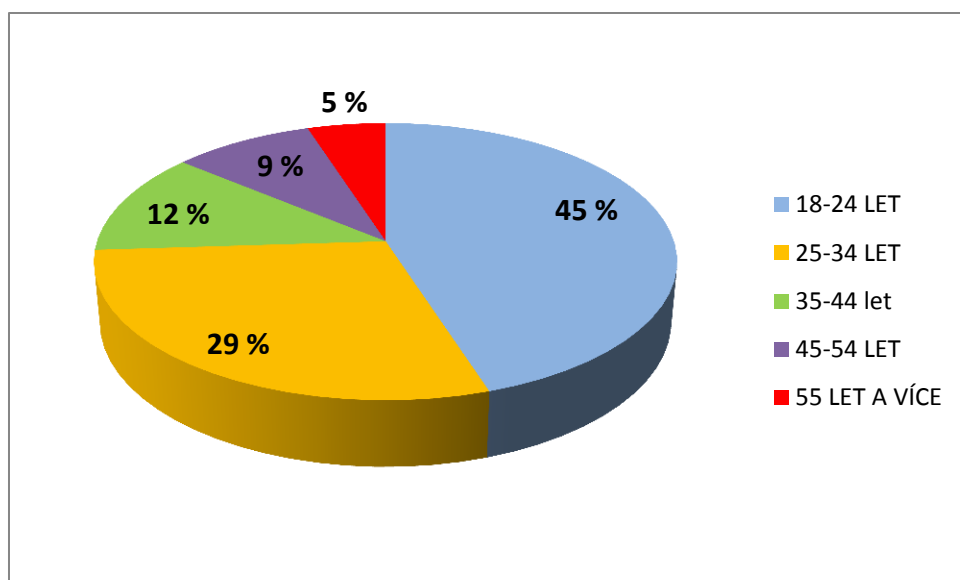
5.5 Způsob hodnocení získaných dat

K hodnocení byla použita data ze sta rozhovorů. Výsledky byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel do přehledných grafů.

6 Grafické zpracování odpovědí

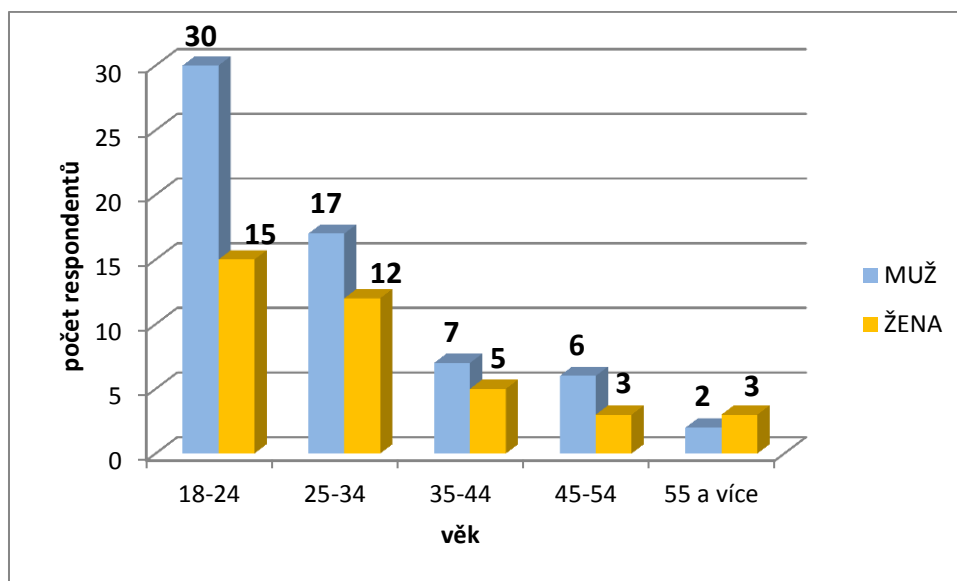
Dotaz č. 1 – Jaký je váš věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání?

graf 1.1. Rozložení dotazovaných kuřáků do jednotlivých věk. skupin (%)



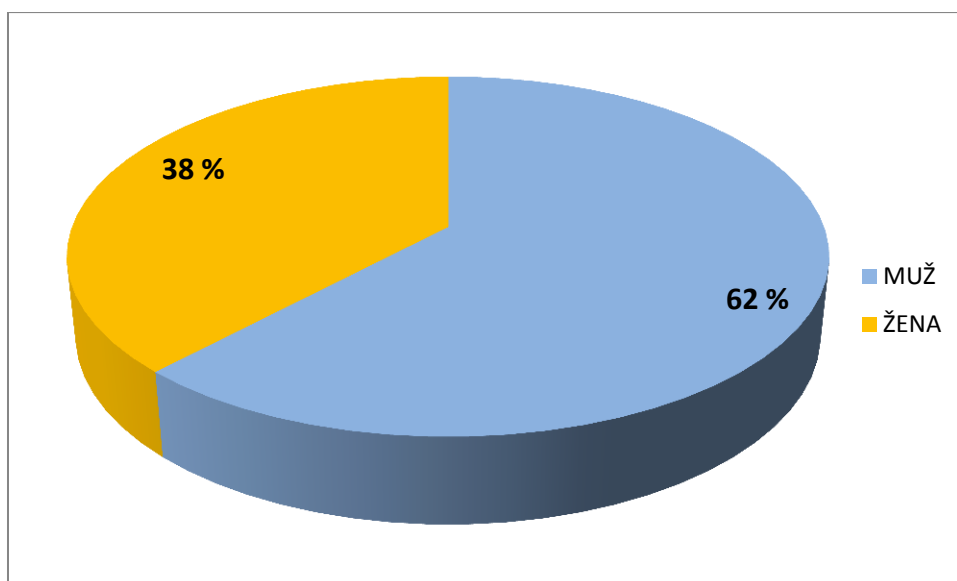
Z grafu je patrné, že nejvíce dotazovaných bylo ve věkové skupině 18–24 let, s postupujícím věkem se zastoupení v jednotlivých věkových skupinách snižuje.

graf 1.2. Rozložení do jednotlivých věkových skupin včetně pohlaví



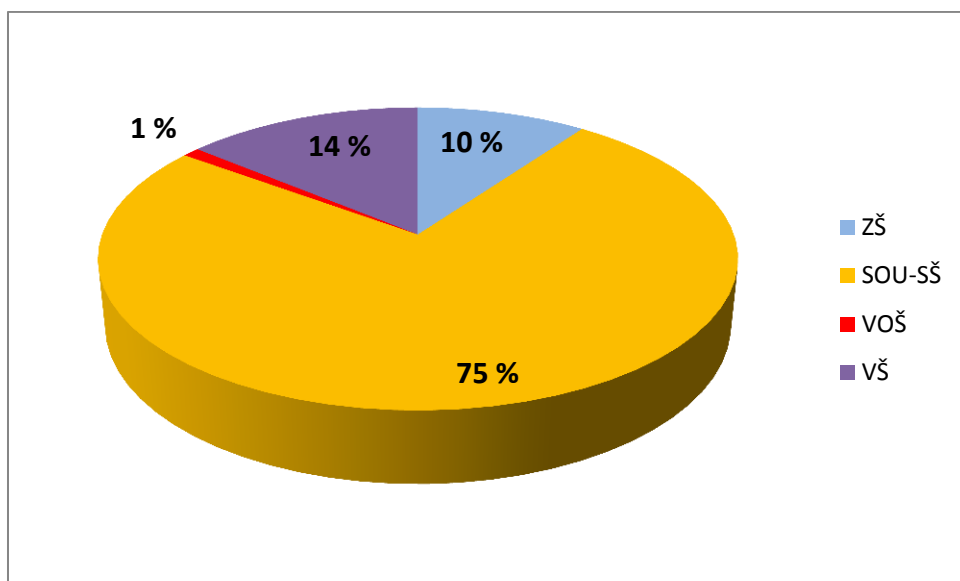
Největší podíl dotazovaných byl v nižších věkových skupinách. 30 mužů a 15 žen se zařadilo do nejmladší skupiny do 24 let. Druhou, méně početnější skupinou byla skupina dospělých do 34 let, tam se zařadilo 17 mužů a 12 žen. Do starších věkových skupin už zapadlo vždy o něco méně zúčastněných. Z grafu je dále patrné, že ve všech věkových skupinách, mimo nejstarší skupiny, převládali vždy muži nad ženami.

graf 1.3. Rozdělení dle pohlaví (%)



Procentuálně muži nad ženami převažovali, 62 % mužů ku 38 % žen.

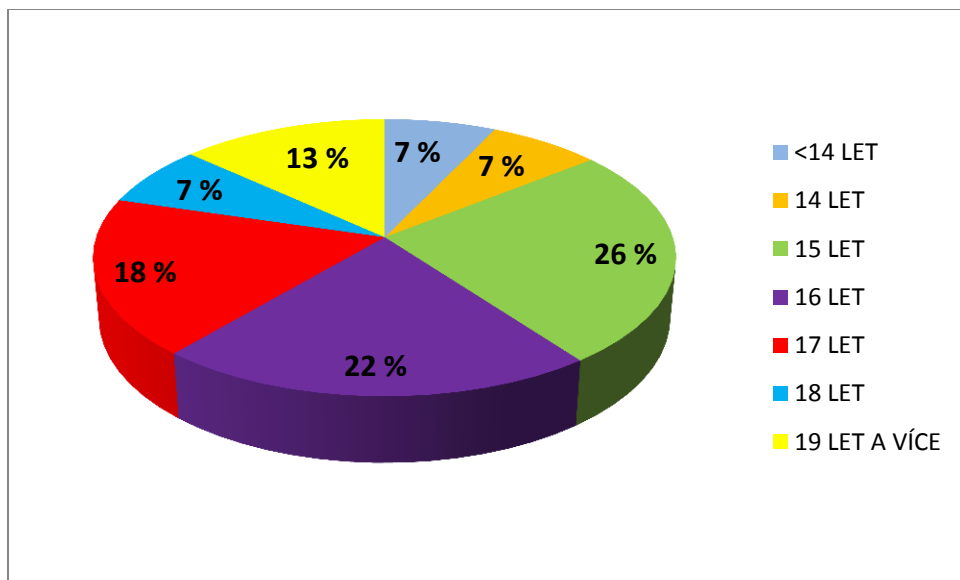
graf 1.4. Nejvyšší dosažené vzdělání (%)



Dotazovaní kuřáci měli v 75 % dostudované střední odborné učiliště či střední školu. Počet vysokoškoláku a jedinců se základním vzděláním byl velmi podobný. Pouze v jednom případě se při rozhovoru ukázalo dokončení vyšší odborné školy.

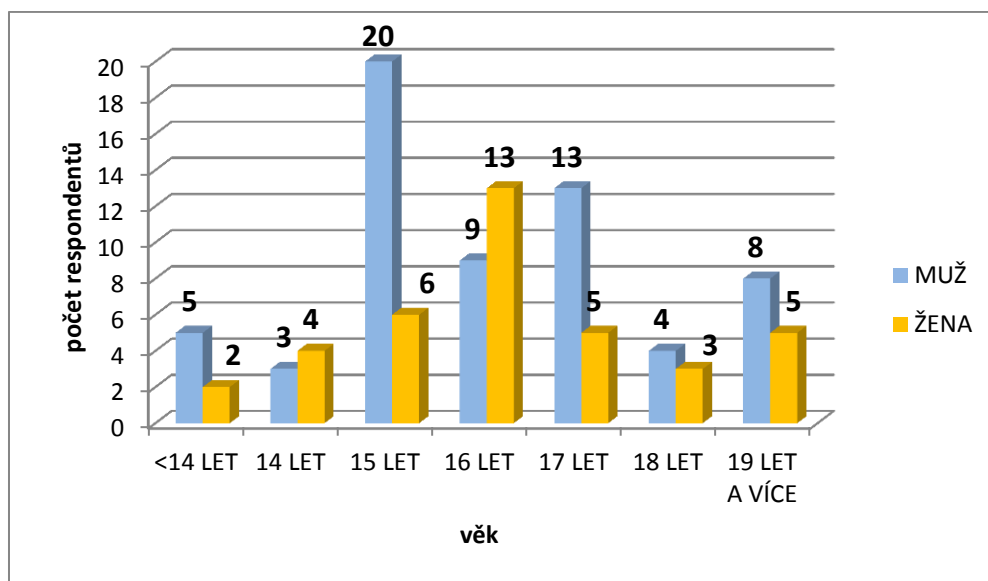
Dotaz č. 2 – Počátek kouření, četnost a množství cigaret (doutníků, dýmky) a elektronické cigarety?

graf 2.1. Počátek kouření (%)



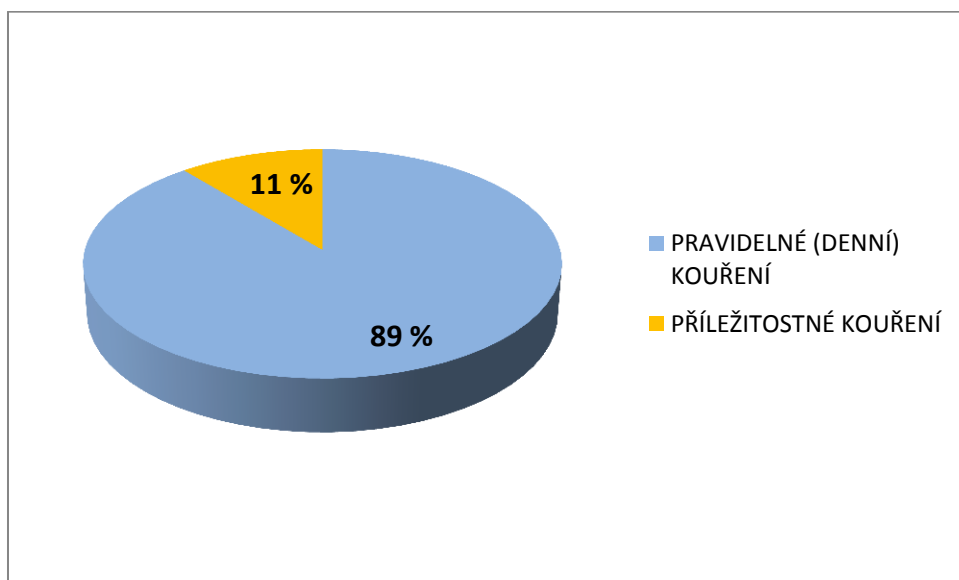
Je patrné, že nejkritičtější věkem pro začátek kouření je 15. rok života, následuje 16. rok a 17. rok. Většina dotázaných začala tedy s kouřením před dovršením své plnoletosti. Nutné je zde poukázat na to, že někteří datují své začátky s kouřením do doby před svými 14. narozeninami.

graf 2.2. Počátek kouření dle pohlaví



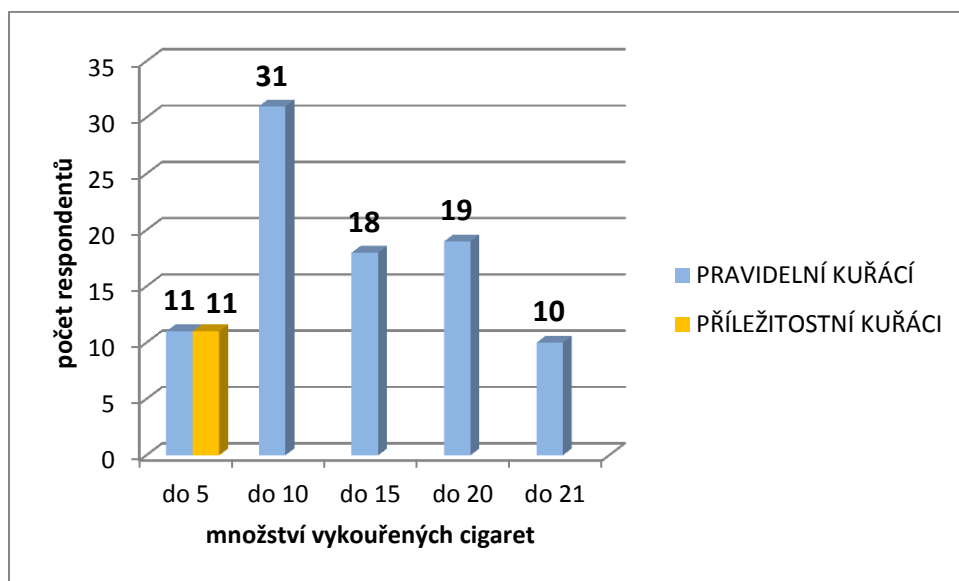
Z tohoto grafu je patrné, že pokud dotazovaný vzorek rozdělíme dle pohlaví, tak nejvíce chlapců začalo ve věku 15 let, zatímco nejvíce děvčat začalo až o rok později. Nejkritičtější věkem tedy pro začátky s kouřením dle tohoto výzkumu je věk 15–16 let.

graf 2.3. Četnost kouření (%)



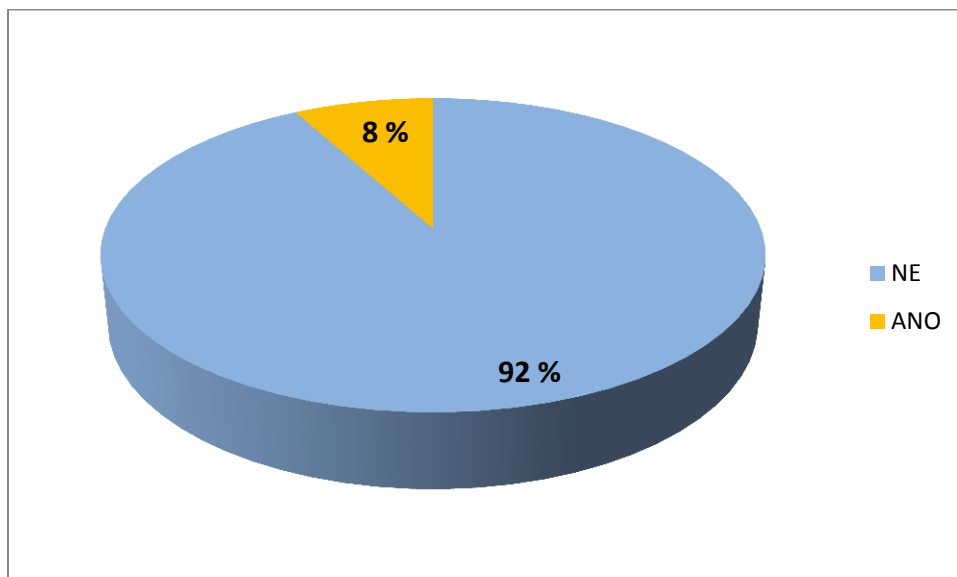
Z dotazovaných kuřáků se za pravidelné kuřáky, tedy kuřáky kouřící denně více jak jednu cigaretu, označilo 89 %. Jako za příležitostné kuřáky, kuřáky kouřící několik cigaret týdně, spíše měsíčně, se označilo 11 % dotázaných.

graf 2.4. Množství vykouřených cigaret



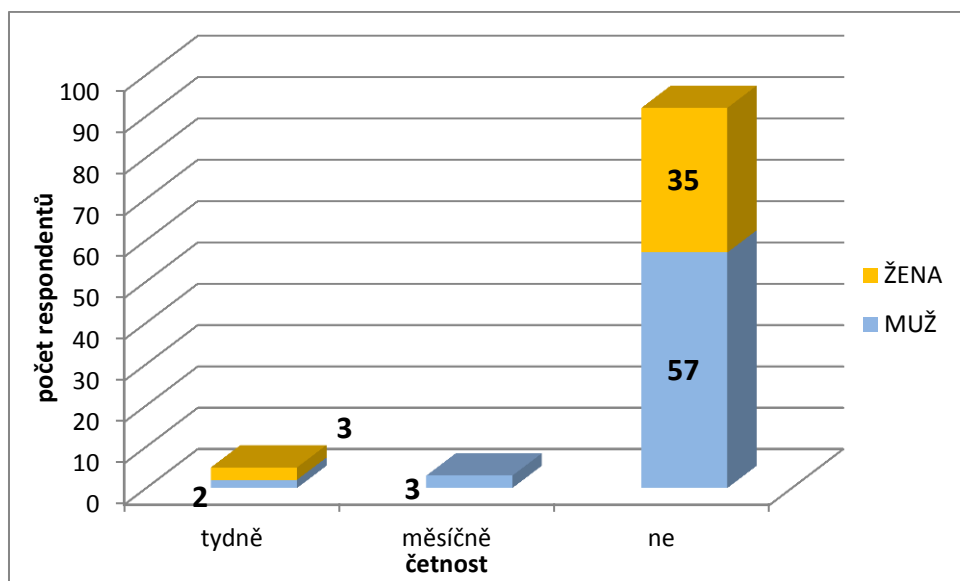
Pravidelní (denní) kuřáci nejvíce vykouří cca do 10 cigaret denně. Z grafu je patrné, že většina kuřáků si vystačí s jednou krabičkou cigaret minimálně na den, či více. Příležitostní kuřáci uvedli, že vykouří maximálně 5 cigaret během týdne, či měsíce.

graf 2.5. Užívání elektronické cigarety – EC (%)



Pravidelně užívá EC pouze 8 % dotázaných. 92 % uvedlo, že EC neužívají či s ní nemají dosud zkušenost.

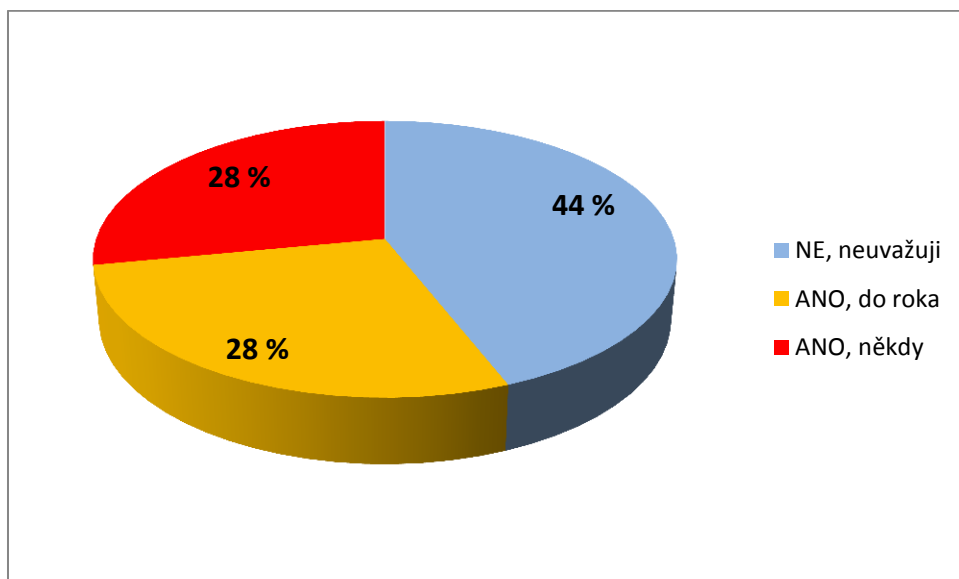
graf 2.6. Četnost a množství užívání EC



Na dotaz četnosti a množství užívání EC odpovědělo „ne“ 57 dotázaných mužů a 35 dotázaných žen. 3 dotázaní muži užívají EC občasně během měsíce. Pravidelně několikrát do týdne použijí EC 2 dotázaní muži a 3 dotázané ženy. Nikdo z dotázaných neuvedl, že by EC užíval denně.

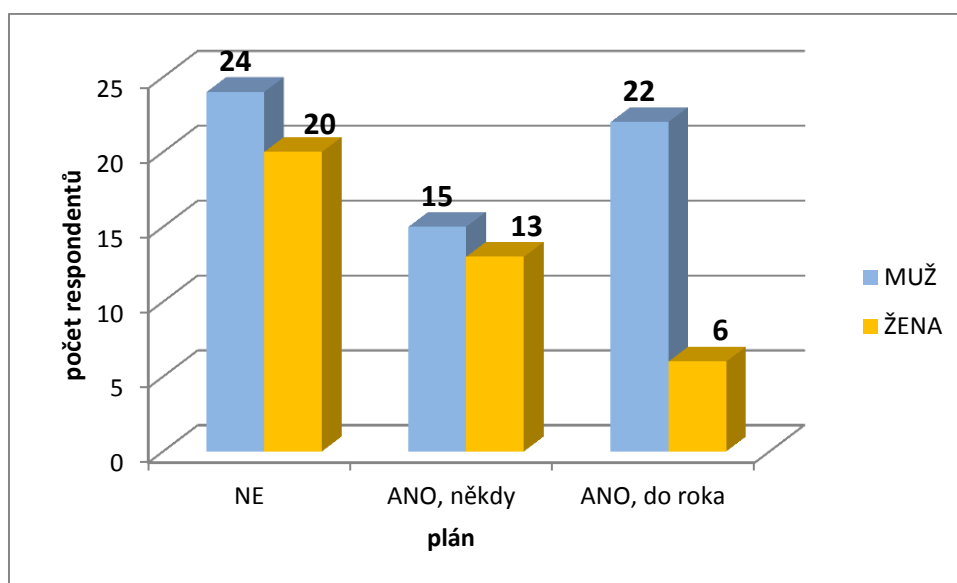
Dotaz č. 3 – Plánujete s kouřením přestat?

graf 3.1. Plán s přestáním kouřit (%)



Na grafu je vidět, že necelá polovina dotázaných kuřáků neuvažuje s kouřením přestat. Zbytek dotázaných uvedl, že by s kouřením přestat chtěli a plánují to. Oněch 56 kuřáků, kteří chtějí přestat, se rozdělilo na dvě stejně velké skupiny po 28 kuřácích. Jedna skupina přestat chce, ovšem si nedala ještě horizont, kdy tento záměr chce uskutečnit. Dalo by se říci, že si přejí přestat. Pouze 28 dotázaných plánuje s kouřením přestat do jednoho roku.

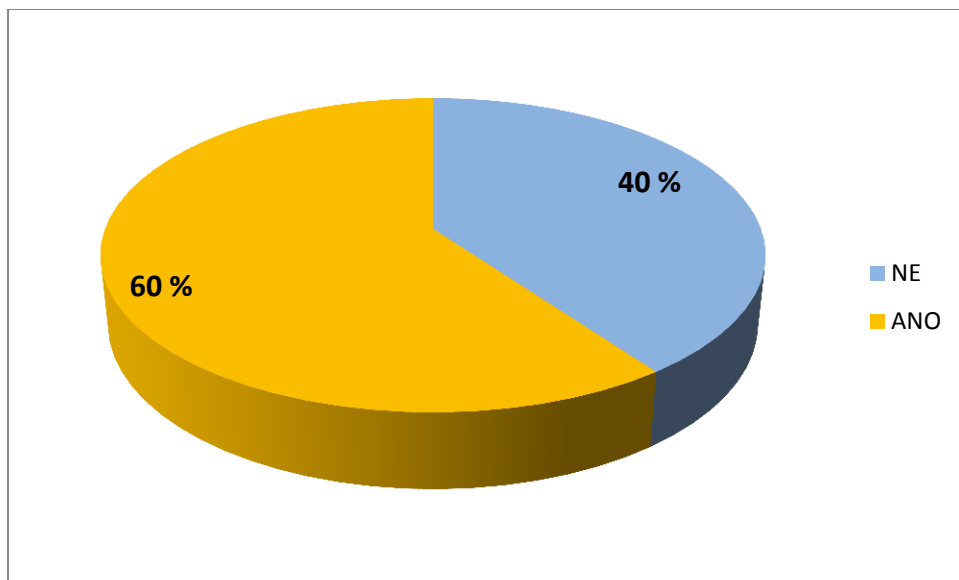
graf 3.2. Plán přestání s kouřením dle pohlaví



U skupin, které neplánují s kouřením přestat či si přejí někdy v budoucnu přestat, tak u nich výrazný rozdíl mezi muži a ženami není. Ve skupině, která plánuje přestat do roka, tedy ve skupině, která se zdá být nejvíce rozhodnuta, je rozdíl mezi muži a ženami patrný, více nakloněný k mužskému pohlaví.

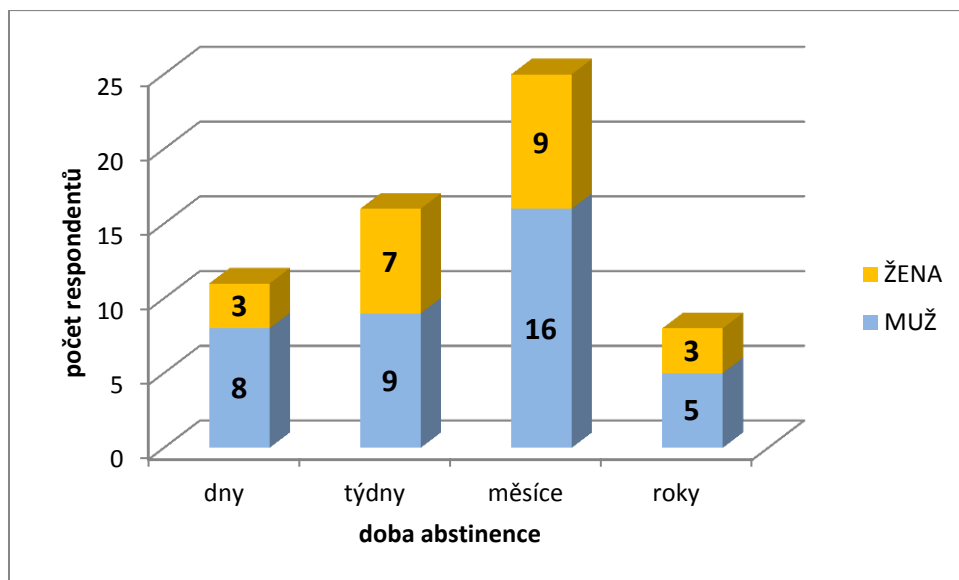
Dotaz č. 4 – Předchozí pokus přestat kouřit (alespoň na 24 hodin), délka abstinence?

graf 4.1. pokusil/a jste se v minulosti přestat? (%)



Více jak polovina dotázaných se v minulosti pokusila přestat s kouřením.

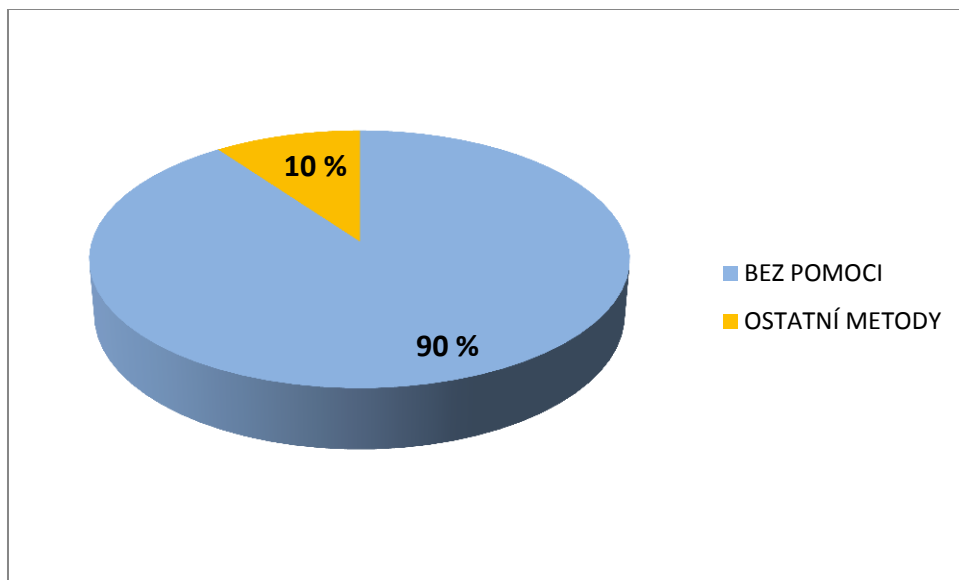
graf 4.2. Nejdelší doba abstinence



Z grafu je patrné, že nejdelší abstinence trvala v řádech měsíců. Pouze malá část dotázaných někdy v minulosti abstinovala více jak rok, což je doba, kdy se s kuřáky v léčbě přestává již pracovat.

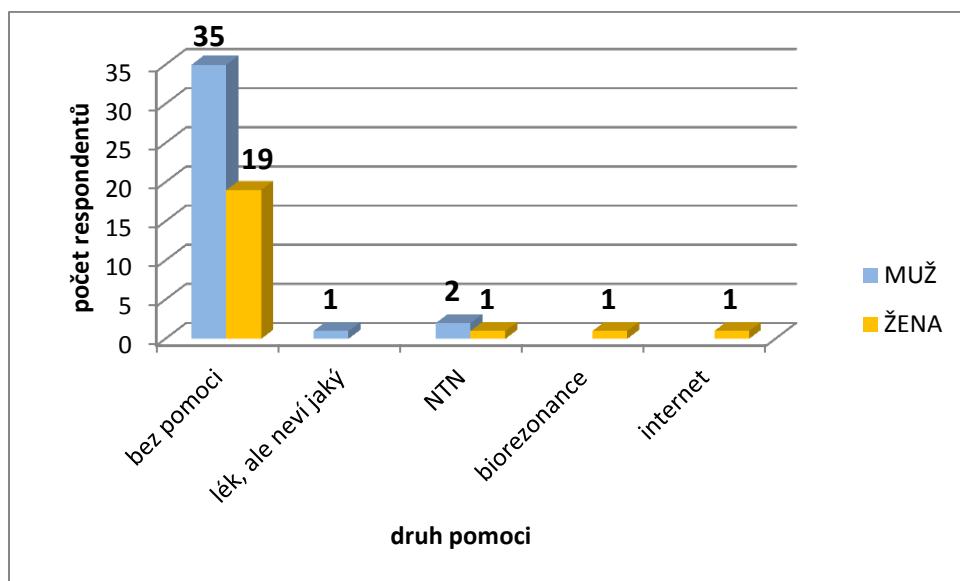
Dotaz č. 5. – Pokud byl v minulosti pokus přestat kouřit, jaké metody k tomu dotyčný/á využil/a?

graf 5.1. Použité metody při pokusu přestat kouřit (%)



Z předchozí otázky č. 4 vyplynulo, že 60 dotázaných se již v minulosti s kouřením pokoušelo přestat. Z grafu je patrné, že většina z těchto dotázaných zkusila přestat bez jakékoliv pomoci. Pouze 10 % si vyhledalo nějaký typ pomoci.

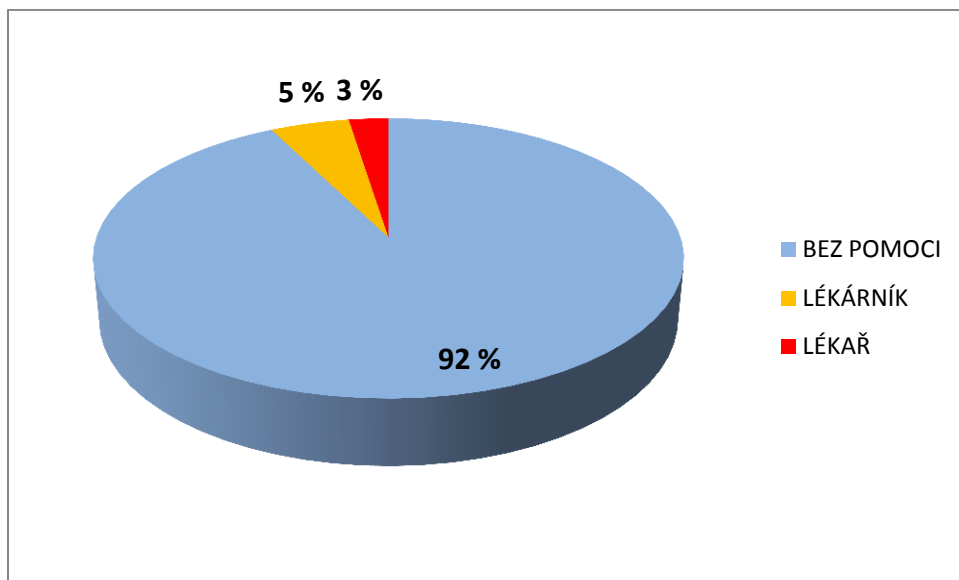
graf 5.2. Jaké pomoci bylo využito k přestávání s kouřením



Z toho malého množství kuřáků, kteří se pokusili přestat s nějakou formou pomoci, se nejvíce jich rozhodlo využít náhradní nikotinovou terapii (NNT). U jednoho muže se objevil lék, který mu předepsal lékař, ovšem nebyl schopen říci, o jaký lék šlo. Jedna z dotázaných uvedla, že na doporučení přítelkyně využila metodu biorezonance.

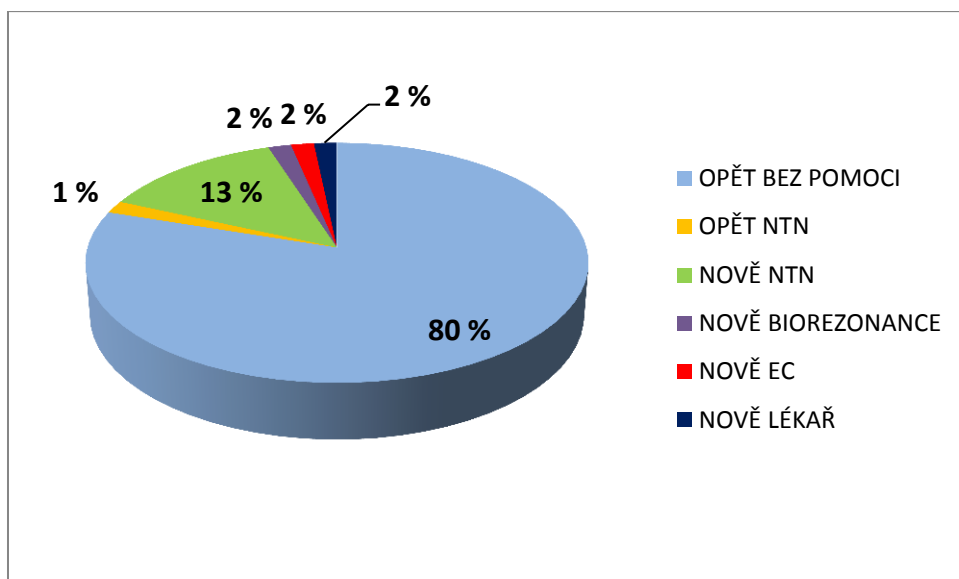
Dotaz č. 6 – Pokud by dotazovaný/á přestával/a (ať poprvé, nebo opakovaně) jaký způsob by si vybral/a?

graf 6.1. Zvolený způsob u dotázaných, kteří se ještě nikdy nepokusili přestat s kouřením (%)



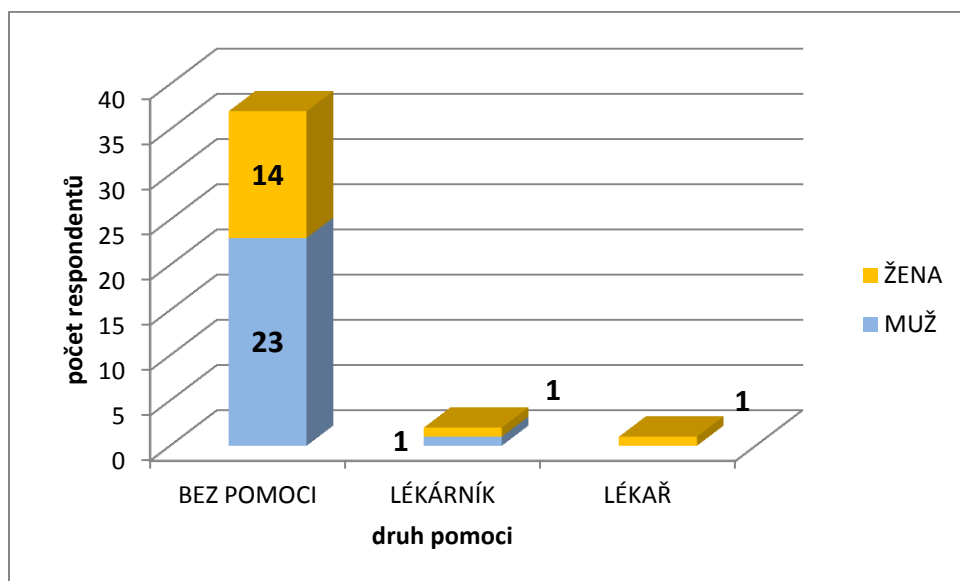
Na dotaz, jaký způsob by si kuřáci vybrali, kdyby chtěli s kouřením přestat, uvedlo 92% dotázaných, že by se pokusilo přestat bez jakékoli pomoci. 5 % dotázaných by využilo rady lékárníka a pouze 3 % by se se svojí závislostí obrátilo na lékaře, a to na svého praktického lékaře.

graf 6.2. Zvolený způsob u kuřáka, který se již v minulosti pokusil přestat s kouřením (%)



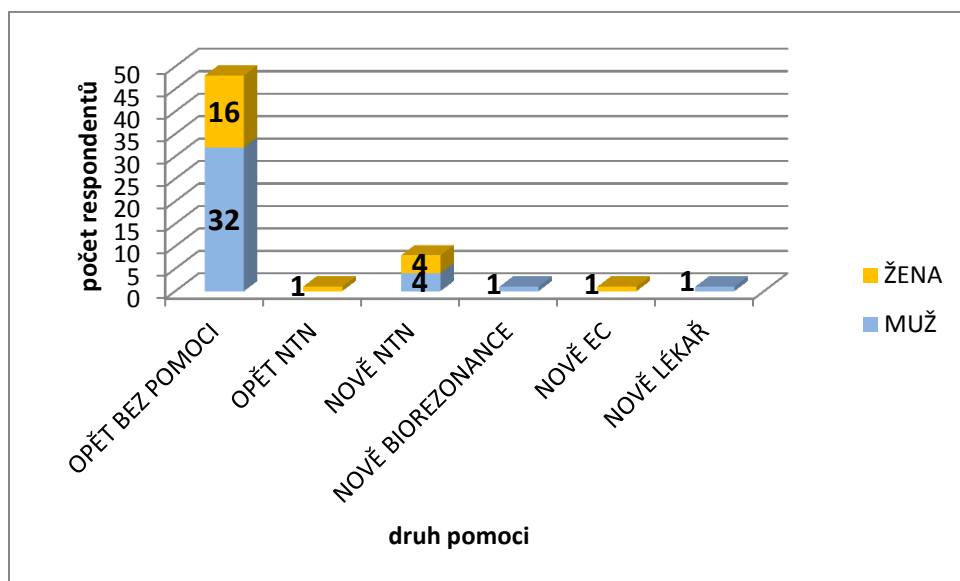
Z dotázaných kuřáků, kteří již mají za sebou v minulosti pokus s přestáním, tak 80 % z nich by znovu zkoušelo přestat bez cizí pomoci. Po 2 % by dotázaní zkusili nově biorezonanci nebo by využilo elektronickou cigaretu či by se obrátilo na svého praktického lékaře. 1% dotázaných by se znova pokusilo přestat pomocí náhradní nikotinové léčby a 13 % by si tuto metodu vybralo jakožto novou.

graf 6.3. Zvolený způsob u kuřáka, který se ještě nikdy nepokusil přestat s kouřením



Ze 40 dotázaných kuřáků, kteří se ještě v minulosti nepokusili přestat, by se pouze jedna dotázaná obrátila na svého praktického lékaře. Jedna žena a jeden muž by se obrátili pro radu na lékárníka. Bez pomoci by zkusilo přestat 23 mužů a 14 žen.

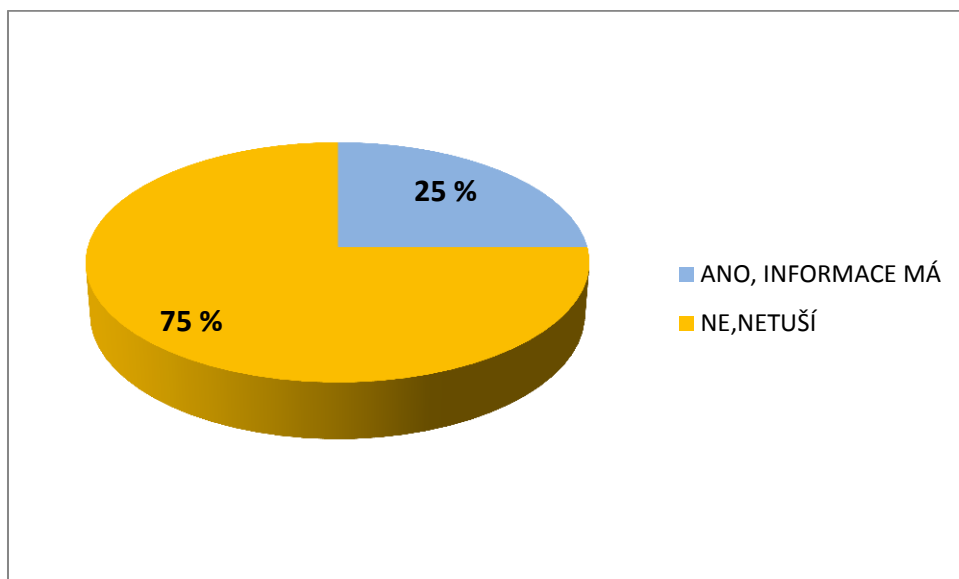
graf 6.4. Zvolený způsob u kuřáka, který se již v minulosti pokusil přestat s kouřením



Z 60 kuřáků, kteří se již někdy v minulosti pokusili s kouřením přestat, by znovu bez pomoci přestávalo 32 mužů a 16 žen. Osm dotázaných, 4 muži a 4 ženy, by při dalším pokusu využilo náhradní nikotinové terapie. Využili by metody, kterou ještě nezkoušeli. Zde je vidět, že si nejspíše od minulého pokusu někde sehnali informace o tomto způsobu odvykání. Jiné metody by si vybralo pouze pár dotázaných.

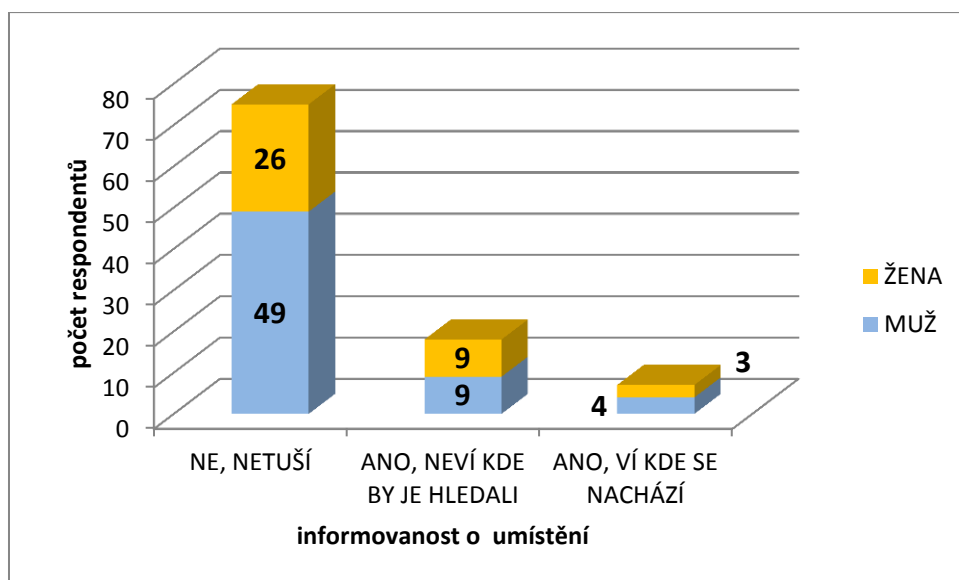
Dotaz č. 7 – Znáte centra pro závislé na tabáku?

graf 7.1. Informace o Centrech pro závislé na tabáku (%)



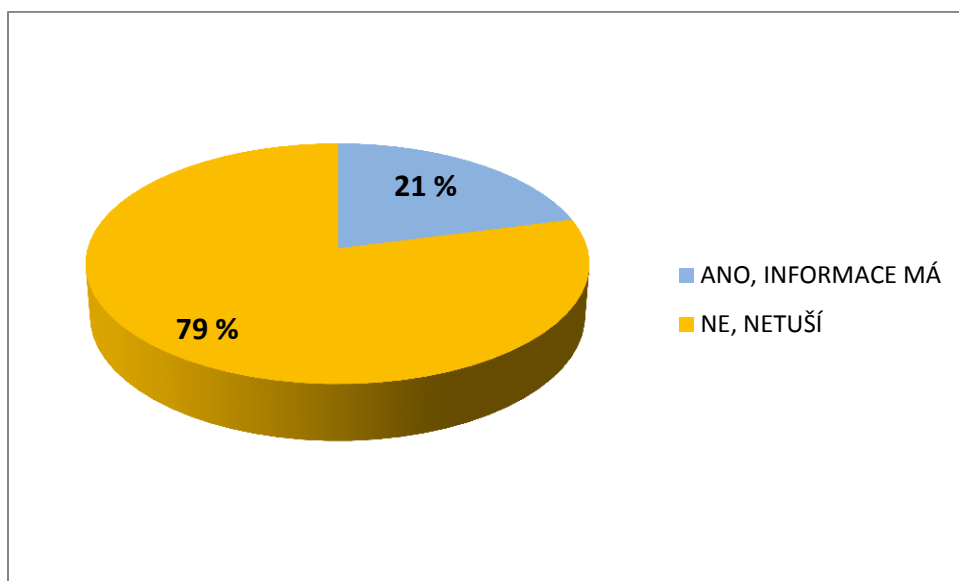
Pouze 25 % dotázaných znalo centra pro závislé na tabáku. 75 % dotázaných nikdy o centrech pro závislé na tabáku neslyšelo.

graf 7.2. Informovanost o umístění center pro závislé na tabáku



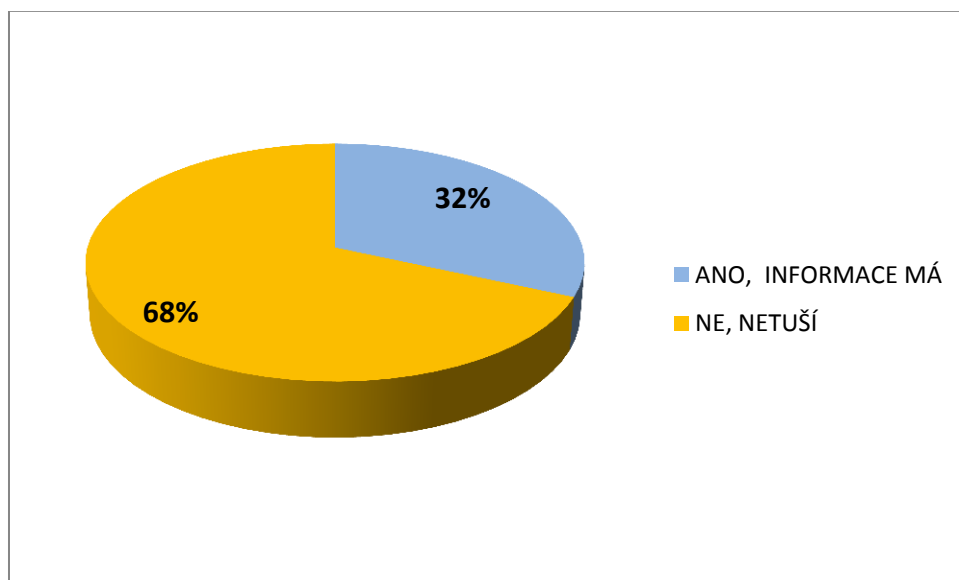
O centrech pro závislé na tabáku nikdy neslyšelo 49 dotázaných mužů a 26 dotázaných žen. Devět mužů a devět žen vědělo o centrech pro závislé na tabáku, jen momentálně nevědělo, kde by takové centrum hledalo. Pouze 7 dotázaných, přesněji 4 muži a 3 ženy, vědělo, kde centra hledat.

graf 7.3. Informace o centrech pro závislé na tabáku: muži (%)



Z celkového počtu mužů vědělo o centrech pro závislé na tabáku 21 % dotázaných.

graf 7.4. Informace o centrech pro závislé na tabáku: ženy (%)

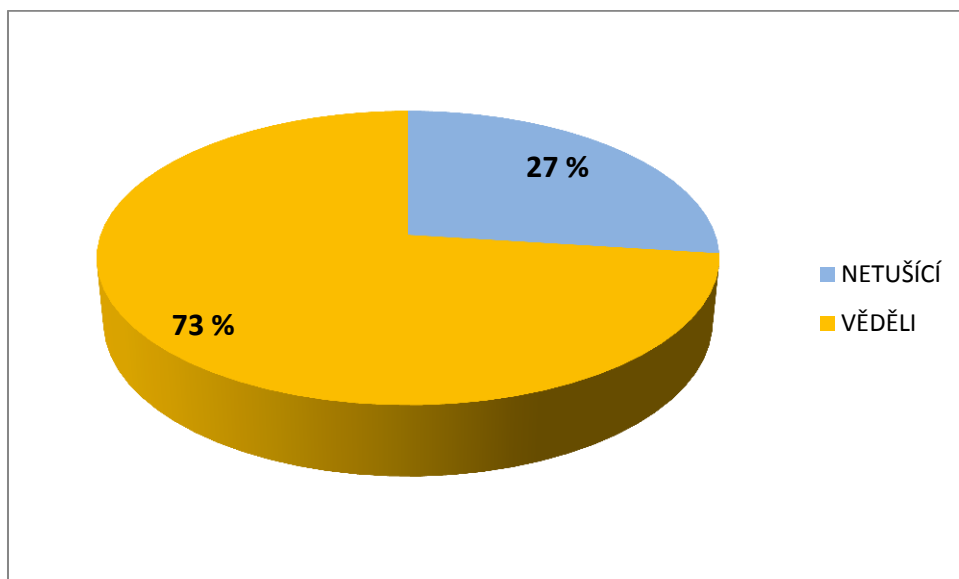


Z celkového počtu žen vědělo o centrech pro závislé na tabáku 32 % dotázaných.

Pokud porovnáme graf č. 7.2. a graf č. 7.3. je patrné, že ženy jsou v otázce informací o centrech pro závislé na tabáku více informovanější.

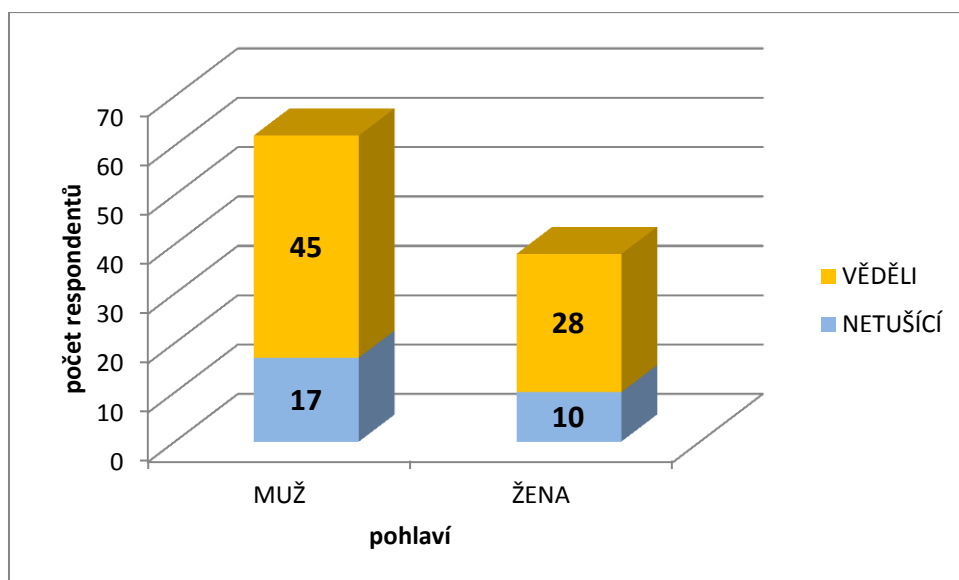
Dotaz č. 8 – Jaké léky závislosti na tabáku znáte?

graf 8.1. Informace o možných lécích závislosti na tabáku (%)



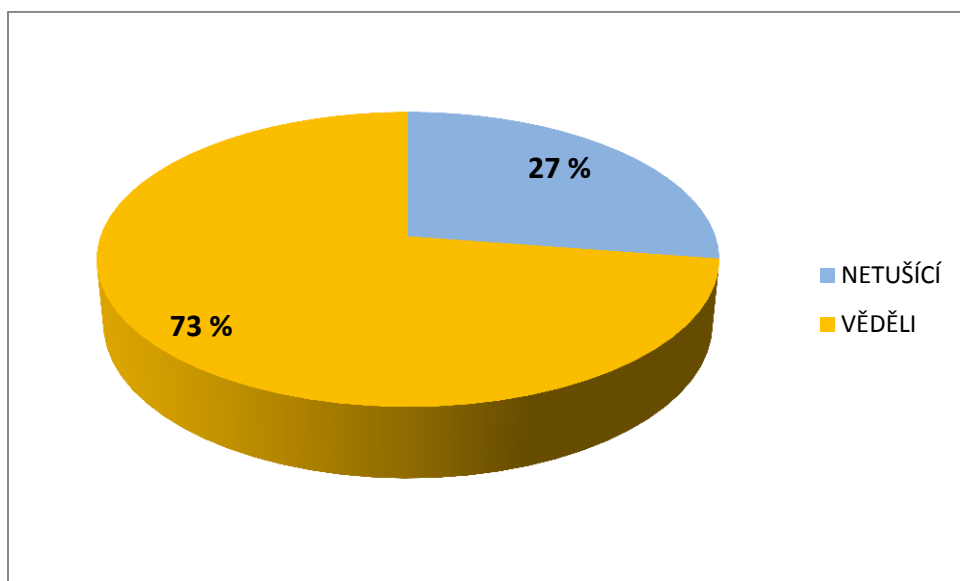
Z grafu je patrné, že 73 % dotázaných vědělo o nějakém léku závislosti na tabáku. Zbytek si na žádný lék nevzpomněl.

graf 8.2. Informace o možných lécích závislosti na tabáku včetně pohlaví



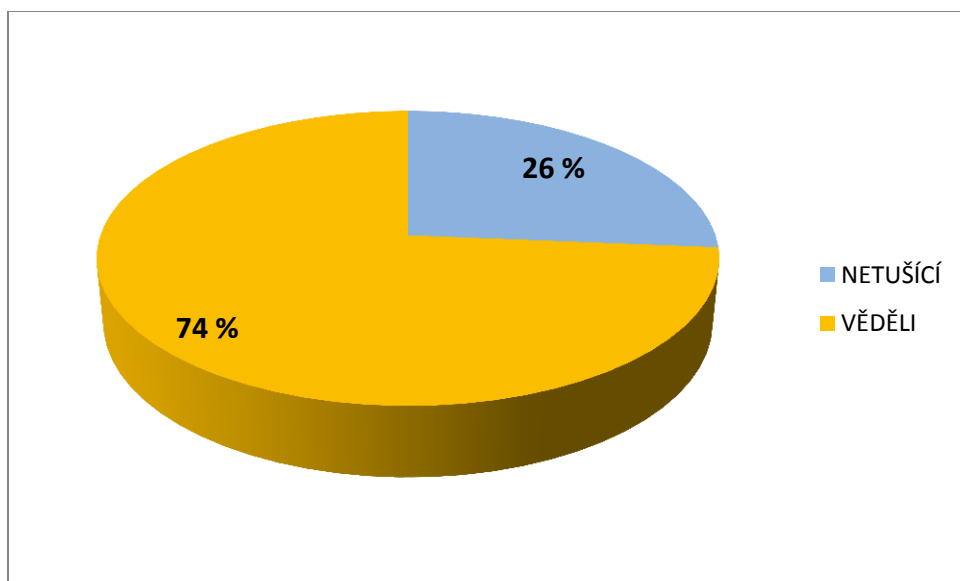
U této otázky uvedlo 45 mužů nějaký lék závislosti na tabáku. Takto učinilo i 28 žen. Pouze 17 mužů a 10 žen neuvedlo žádný lék závislosti na tabáku.

graf 8.3. Informace o možných lécích závislosti na tabáku: muži (%)



Ze 62 dotázaných mužů uvedlo nějaký lék závislosti na tabáku 73 %.

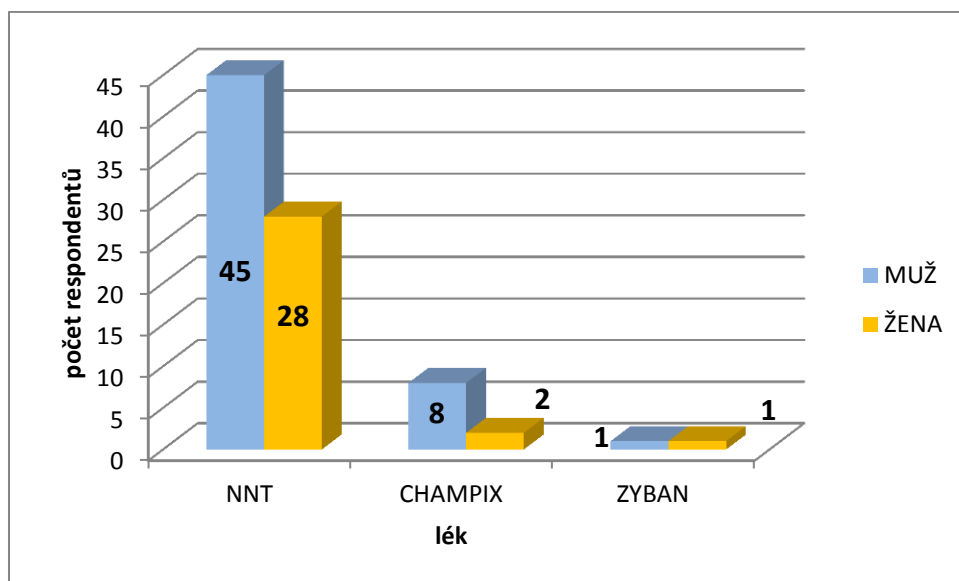
graf 8.4. Informace o možných lécích závislosti na tabáku: ženy (%)



Ze 38 dotázaných žen uvedlo nějaký lék závislosti na tabáku 74 %.

Pokud porovnáme graf č. 8.3. a graf č. 8.4., zjistíme, že ohledně informací o lécích závislosti na tabáku, jsou muži i ženy stejně informováni.

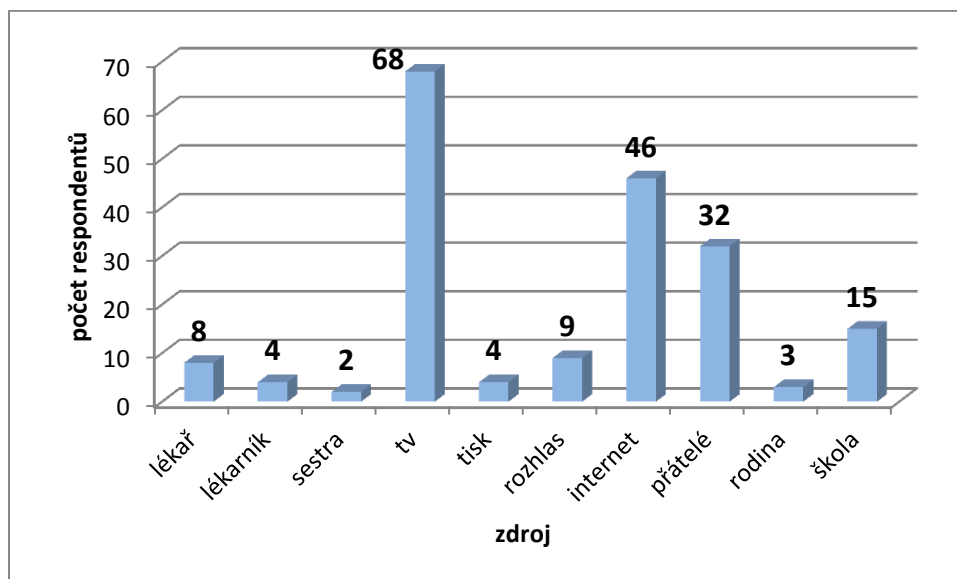
graf 8.5. Jednotlivé uváděné léky závislosti na tabáku



Pokud na dotaz č. 8 uvedli nějaký lék závislosti na tabáku, tak vždy hovořili o náhradní nikotinové terapii (NTN), to uvedlo 45 mužů a 28 žen. Další dva léky, které se při rozhovoru objevily, byly Champix (vareniclinum) a Zyban (bupropioni hydrochloridum). Champix navíc k NNT uvedlo 8 mužů a 2 ženy. Zyban navíc k NNT uvedli 1 muž a 1 žena.

Dotaz č. 9 – Jaké jsou zdroje vašich informací o léčbě závislosti na tabáku?

graf 9.1. Jednotlivé uváděné zdroje informací o léčbě závislosti na tabáku



Nejčastěji uváděným zdrojem informací o léčbě závislosti na tabáku byla televize, a to u 68 dotázaných. 46 dotázaných uvedlo jako zdroj informací internet. 32 uvedlo, že informace získali od přátel. Četnost ostatních zdrojů v odpovědích již byla nižší.

7 Diskuse a závěr

Domnívám se, že tato práce dostála svého cíle. Zmapovala informovanost kuřáků o možnostech léčby. Obecně žádný z výsledků nebyl překvapující. Očekávalo se, že kuřáci nebudou mít mnoho informací o jednotlivých možnostech léčby závislosti na tabáku. Některé otázky byly záměrně hodnoceny i dle pohlaví. Zájem byl o to, zda jedno z pohlaví je více informováno či více odhodláno s kouřením skoncovat.

Jednotlivé rozložení dle pohlaví, věku a nejvyššího vzdělání dopadlo následovně: v dotazovaném vzorku bylo více mužů než žen, 62 % ku 38 %. Nejvíce uváděným nejvyšším dosaženým vzděláním bylo dokončené učiliště či střední škola. Což se dalo očekávat z toho důvodu, že výzkum byl prováděn u dárců plasmy, kde jsou studenti početně nejvíce zastoupeni. Trochu jsem se podivil nad podílem vysokoškolsky vzdělaných, 14 %, a to v tom nejsou ještě zahrnuti studenti vysokých škol, ti byli zařazováni do skupiny se středním vzděláním. Závislost na tabáku tedy není jen doménou lidí s nižším vzděláním.

Kritickým věkem pro začátky kouření se ukazuje věk 15 let. V tomto šetření v tomto věku začínalo nejvíce ze všech chlapců. Zdá se, že děvčata jsou v tomto o něco opatrnější, začínala o něco později. Nicméně obě skupiny začínaly s kouřením velmi brzy, před dovršením své plnoletosti, to znamená před dovršením věku, kdy si legálně mohou tabák sehnat. Zde by bylo vhodné zauvažovat nad tím, do jakého věku směřovat preventivní programy. Určitě tedy ještě na základní škole, pozdější intervence už by nezabránila vzniku samotného kouření, ale už by řešila spíše samotnou otázku odvykání.

Z tohoto šetření také vyplývá, že většina kuřáků si vystačí s krabičkou cigaret na den. Pokud vezmeme v potaz, že velká část vyzpovídaných kuřáků ještě nezačala pravidelně pracovat, nabízí se otázka, kde si tito kuřáci shánějí peníze na svou závislost. Toto ovšem nebylo cílem šetření, pouze se tato otázka nabízela při zpracovávání výsledků. Dále se očekávalo, že se v odpovědích objeví více kuřáků elektronických cigaret. Elektronické cigarety se v odpovědích opravdu ukázaly, ovšem ne v takové míře, jakou se předpokládala.

Východisko této práce ukazuje na to, že většina kuřáků by s kouřením ráda přestala. 56 % procent dotázaných opravdu uvažuje o tom, že s kouřením přestane, či by si přálo přestat. Přesná polovina těchto si dovolila říci, že by tak učinila do jednoho roku. Osobně bych je označil za kuřáky, kteří to s přestáním myslí nejvážněji. Zde se naskytla otázka, zda to vážněji myslí muži či ženy. Výsledky ukazují, že shodně neplánují přestat nebo si přejí přestat někdy v budoucnu. Rozdíl je až ve skupině mužů a žen, která si dovolila říci určité datum. Zde jsou muži rozhodněji, tedy 35,5 % ze všech mužů chce přestat do roka. U žen jen tento podíl pod 10 %.

Z tohoto šetření je i patrné, že kuřáci zkoušejí se svojí závislostí bojovat. Více jak polovina již má za sebou několik pokusů s kouřením přestat. Nejvíce jich vydrželo nekouřit v řádech měsíců. Pouze 8 z nich, má za sebou abstinenci delší než rok. Důvody návratu k cigaretě v šetření zjišťovány, osobně se přikláním k názoru, že kuřákům chybějí informace o samotném mechanismu závislosti.

Kuřáci, pokud by se rozhodli přestat, by pouze v nízkém procentu využili jakékoli cizí pomoci, rad a metod. Ti, co v minulosti přestávali, pouze v 10 % si vyhledali nějaké informace či zkusili nějaký léčivý přípravek. Pokud by přestávali znovu, tak by 80 % jich opět zkusilo přestat bez cizí pomoci. Pouze 12 z nich, což odpovídá 20 %, by zvolilo nově jinou metodu. U kuřáků, kteří ještě nikdy nezkoušeli přestat, avšak pokud by přestávali, v 92 % by jich zkoušelo přestat bez cizí pomoci. Zbýlých 8 % by si zašlo pro radu do lékárny či za lékařem.

Na otázku, zda znají centra pro závislé, 75 % respondentů tento pojem slyšelo poprvé. Pouze 25 % dotázaných o centrech slyšela. Z této menší skupiny by zde bylo vhodné vyzdvihnout skupinu těch, kteří nejen o centrech vědí, ale věděli i kde je najít. Bylo jich pouze 7 a stojí za zmínku, že to byli všichni ze skupiny kuřáků, kteří by rádi přestali s kouřením do jednoho roku. Dle pohlaví byly v této otázce více informované ženy než muži, a to v poměru 32 % ku 21 %.

Předposlední otázka rozhovoru byla směřována na znalost léků závislosti na tabáku. 26 % dotázaných si nedovedlo vzpomenout na žádný lék. Zbýlých 74 % nějaký lék závislosti na tabáku uvedlo. Nejčastěji se v odpovědích zobrazovala náhradní terapie nikotinem. Následně léčiva Champix a Zyban. Překvapující je, že 8 dotázaných uvedlo i lék Champix, přestože se v předchozích odpovědích nikde neobjevil. Po

doplňující otázce k nejvyššímu dosaženému vzdělání se ukázalo, že vesměs šlo o studenty lékařských fakult.

Obecnou myšlenku, že se dnes veškeré informace vyhledávají na internetu, toto šetření vyvrací. Nejvíce v odpovědích byla zastoupena televize, následoval internet. V televizi tedy nejspíše můžeme poděkovat reklamě. Osobně bych více očekával v odpovědích zastoupení informací od lékařů, lékárníků či jiného zdravotního personálu a informací ze škol. Zde by za úvahu stála myšlenka, a to vytvořit televizní reklamu cílenou na kuřáky, která by propagovala dostupnost a odbornou pomoc v ordinacích lékařů či v centrech pro závislé na tabáku.

Do budoucna by bylo vhodné toto šetření rozšířit a zjistit např., proč je nízká informovanost o centrech pro závislé na tabáku či proč kuřáci nevyhledávají odbornou pomoc.

V závěru bych rád krátce shrnul a zhodnotil hypotézy.

- 1) Méně jak 25 % kuřáků (by) vyhledalo nějakou pomoc při odvykání kouření.

Ti co v minulosti přestávali, tak pouze v 10 % vyhledali cizí pomoc. Pokud by přestávali znovu, pouze 20 % by vyhledalo cizí pomoc. U kuřáků, kteří by zkoušeli přestat poprvé, by cizí pomoc vyhledalo 8 %. Tato hypotéza je potvrzena.

- 2) Informace o Centrech pro závislé na tabáku bude mít méně jak 30 % kuřáků.

Pouze 25 % dotázaných o centrech slyšelo. Tato hypotéza je potvrzena.

- 3) Na nějaké léky závislosti na tabáku si vzpomene více jak 50% kuřáků.

74 % nějaký lék závislosti na tabáku uvedlo. Tato hypotéza je potvrzena.

- 4) Nejčastěji veškeré informace o kouření a o možnostech léčby budou mít kuřáci z internetu.

Nejvíce v odpovědích byla zastoupena televize, pak následoval internet. Tato hypotéza se nepotvrdila.

8 Použitá literatura

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Patologie pro bakaláře* . 4. vyd . Praha : Karolinum , 2004 . 170 s. . (Učební texty Univerzity Karlovy v Praze) . ISBN 80-246-0794-8.

BEČKOVÁ, Ilona, VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Farmakologie drogových závislostí* . Praha : Karolinum , 1999 . 112 s. ISBN 80-7184-864-6.

BEČKOVÁ, Ilona, VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Farmakologie drogových závislostí* . Praha : Karolinum , 1999 . 112 s. . ISBN 80-7184-864-6.

ČUPKA, Jozef. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře : doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* . [Praha] : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP , c2005 . 10 s. . (Doporučené postupy pro praktické lékaře) . ISBN 80-903573-7-7.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu : jak zkoumat lidskou duši* . Praha : Portál , 2000 . 255 s. . ISBN 80-7178-367-6.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service, May 2008. dostupné z www.surgeongeneral.gov [online]. [cit. 2013-07-17].

HORÁK, Josef, Igor LINHART a Petr KLUSOŇ. *Úvod do toxikologie a ekologie pro chemiky*. 1. vyd. Praha: VŠCHT, 2004, 188 s. ISBN 80-708-0548-X.

Champix : EPAR - Product Information [online]. European medicines agency. [cit. 2013-07-20]. Dostupné z: <http://www.ema.europa.eu/ema/>

IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením* . 1. vyd . Olomouc : Univerzita Palackého , 2005 . 96 s. . (Skripta) . ISBN 80-244-0992-5.

JHA, Prabhat, CHALOUPKA, Frank J.. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii : vlády a ekonomika kontroly tabáku* . 1. vyd . Praha : Státní zdravotní ústav , 2004 . 117 s. . ISBN 80-7071-234-1.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup* . 1. vyd. . Praha : Úřad vlády České republiky , c2003 . 1 sv. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-61.

KANTOREK, Milan. *CHOPN: nekouřením ke zdraví : metodická příručka pro nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí* . 1. vyd . Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví , 2001 . 55 s. . ISBN 80-7013-354-6.

KRÁLÍKOVÁ, Eva, KOZÁK, Jiří T.. *Odvykání kouření : v denní praxi lékaře* . Praha : Maxdorf , 1997 . 32 s. . ISBN 80-85800-66-7.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku : kapesní verze* . Brno : Česká kardiologická společnost , 2006 . 22 s. . ISBN 80-239-7362-2.

KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Závislost na tabáku : epidemiologie, prevence a léčba* . Vyd. 1. . Břeclav : ADAMIRA , 2013 . 503 s. . ISBN 978-80-904217-4-5.

LANGROVÁ, Kateřina. *Zdravotní důsledky expozice pasivnímu kouření : souhrn publikace Smoking and tobacco control, Monograph 10: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, National Cancer Institute 1999* . Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky , 2004 . 28 s. .

MAČÁK, Jiří, MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie* . Vyd. 1 . Praha : Grada , 2004 . 347 s., [22] s. obr. příl. . ISBN 80-247-0785-3.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2013 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 860 s. [cit. 2013-07-20]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MILLER, Geraldine A.. *Adiktologické poradenství* . 1. české vyd. . Praha : Galén , 2011 . 461 s. . ISBN 978-80-7262-765-3.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory* . Vyd. 1. . Praha : Grada , 2008 . 424 s. . ISBN 978-80-247-2319-8.

POPOV, P. Návykové nemoci. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, s. 208-243. ISBN 978-80-246-1985-9.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, JANOTOVÁ, Pavel. *Psychiatrie : minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšřř. . Praha : Triton , 2006 . 211 s. . ISBN 80-7254-746-1.

SCÉMY, Ladislav a Pavla CHOMYNOVÁ. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*. 2012, roč. 10, č. 1, s. 12. Dostupné z: www.drogy-info.cz

SLEZÁK, Radovan a Aleš RYŠKA. *Kouření a dutina ústní*. 1. vyd. Praha: Česká stomatologická komora, 2006, 63 s. Malá edice. ISBN 80-903-6096-3.14

SLEZÁK, Radovan, RYŠKA, Aleš. *Kouření a dutina ústní*. Vyd. 1. . Praha : Havlíček Brain Team , 2006 . 63 s. . (Malá ČSK edice) . ISBN 80-903609-6-3.

SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA. *Farmakologie: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2010, 238 s. ISBN 978-807-3874-247.

Stanovy občanského sdružení Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, o.s. In: [online]. [cit. 2013-07-20]. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/stanovy-clenska-prihlaska>

VACÍK, Jiří, BARTHOVÁ, Jana, PACÁK, Josef, STRAUCH, Bohuslav, SVOBODOVÁ, Miloslava, ZEMÁNEK, František. *Přehled středoškolské chemie*. 2. vyd. Praha: SPN, 1999, 365 s. ISBN 80-723-5108-7.

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualiz. vyd. . Praha : Maxdorf , c2011 ., 519 s. . ISBN 978-80-7345-262-9

9 Přílohy

Příloha 1 - SEZNAM GRAFŮ

graf 1.1. Rozložení dotazovaných kuřáků do jednotlivých věk. skupin (%)	30
graf 1.2. Rozložení do jednotlivých věkových skupin včetně pohlaví	31
graf 1.3. Rozdělení dle pohlaví (%)	31
graf 1.4. Nejvyšší dosažené vzdělání (%)	32
graf 2.1. Počátek kouření (%)	33
graf 2.2. Počátek kouření dle pohlaví	34
graf 2.3. Četnost kouření (%)	34
graf 2.4. Množství vykouřených cigaret	35
graf 2.5. Užívání elektronické cigarety – EC (%)	35
graf 2.6. Četnost a množství užívání EC	36
graf 3.1. Plán s přestáním kouřit (%)	37
graf 3.2. Plán přestáním s kouřením dle pohlaví	38
graf 4.1. Pokusil/a jste se v minulosti přestat? (%)	39
graf 4.2. Nejdelší doba abstinence	39
graf 5.1. Použité metody při pokusu přestat kouřit (%)	40
graf 5.2. Jaké pomoci bylo využito k přestávání s kouřením	41
graf 6.1. Zvolený způsob u dotázaných, kteří se ještě nikdy nepokusili přestat s kouřením (%)	42
graf 6.2. Zvolený způsob u kuřáka, který se již v minulosti pokusil přestat s kouřením (%)	43

graf 6.3. Zvolený způsob u kuřáka, který se ještě nikdy nepokusil přestat s kouřením	44
graf 6.4. Zvolený způsob u kuřáka, který se již v minulosti pokusil přestat s kouřením	45
graf 7.1. Informace o Centrech pro závislé na tabáku (%)	46
graf 7.2. Informovanost o umístění center pro závislé na tabáku	46
graf 7.3. Informace o centrech pro závislé na tabáku: muži (%)	47
graf 7.4. Informace o centrech pro závislé na tabáku: ženy (%)	47
graf 8.1. Informace o možných léčích závislosti na tabáku (%)	48
graf 8.2. Informace o možných léčích závislosti na tabáku včetně pohlaví	48
graf 8.3. Informace o možných léčích závislosti na tabáku: muži (%)	49
graf 8.4. Informace o možných léčích závislosti na tabáku: ženy (%)	49
graf 8.5. Jednotlivé uváděné léky závislosti na tabáku	50
graf 9.1. Jednotlivé uváděné zdroje informací o léčbě závislosti na tabáku	51

Příloha 2 – seznam zkratek

EC - elektronická cigareta

EMASH - European Medical Association Smoking or Health

EPAR - European Public Assessment Report

ESPAD - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc

MKN10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

NTN - náhradní terapie nikotinem

SLZT - Společnost pro léčbu závislosti na tabáku